

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ETNOGRAFÍA DE CUIDADOS DE SALUD DE ADULTOS MAYORES  
MIGRANTES EN EL MEZQUITAL, MATAMOROS MÉXICO

Por  
MCE. DELIA PONCE MARTÍNEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ETNOGRAFÍA DE CUIDADOS DE SALUD DE ADULTOS MAYORES  
MIGRANTES EN EL MEZQUITAL, MATAMOROS MÉXICO

Por

MCE. Delia Ponce Martínez

Director de Tesis

Bertha Cecilia Salazar González, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ETNOGRAFÍA DE CUIDADOS DE SALUD DE ADULTOS MAYORES  
MIGRANTES EN EL MEZQUITAL, MATAMOROS MÉXICO

Por

MCE. Delia Ponce Martínez

Co-Director de Tesis

Dra. Teresa Elizabeth Cueva Luna

Como requisito parcial para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2018

ETNOGRAFÍA DE CUIDADOS DE SALUD DE ADULTOS MAYORES  
MIGRANTES EN EL MEZQUITAL, MATAMOROS MÉXICO

**Aprobación de Tesis:**

---

Bertha Cecilia Salazar González, PhD.

Director de Tesis y Presidente

---

Dora Julia Onofre Rodríguez, PhD.

Secretario

---

Esther C. Gallegos Cabriaes, PhD.

1er. Vocal

---

Dra. Gabriela Zamora Cardona

2do. Vocal

---

Dra. Teresa Elizabeth Cueva Luna

3er. Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Sub-Directora de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

Al personal directivo y administrativo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas, por su atención y amabilidad en todo lo referente a mi vida como alumno de doctorado.

A todo el personal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento. Han hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio contar con su guía y ayuda.

Muy especialmente al Dr. José Alberto Ramírez de León de la Universidad Autónoma de Tamaulipas y la Dra. María Magdalena Alonso Castillo de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Gracias también al magnífico equipo de profesionales que hay en ambas casas de estudio y que tan buena disposición a la colaboración han mostrado.

A coordinadores PRODEP por su decisivo apoyo en este trabajo de investigación.

A las personas de la comunidad pesquera El Mezquital, Higuierillas, Mano de León, La Capilla, por su hospitalidad, acompañamiento y apoyo durante el trabajo de campo; agradezco la aceptación, el entendimiento y el cuidado proporcionado, así como la comprensión, paciencia y guía para la realización del estudio.

A mis familiares y amigos que me han llevado siempre por el camino de la paz del entendimiento y del amor de Dios.

## **Dedicatoria**

A:

Dios por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, mi refugio y mi fortaleza, el Dios en quien confío; por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi madre, hermanos, amigas, siempre humildes y amables, pacientes, tolerantes en amor.

“La fe debe ser ese baluarte que sobresalga los problemas, sobre ese caos del mundo, aquello que nos ayude, nos guíe y nos empuje en la cotidianidad diaria” *Josefina F. Jiménez Laguna.*

## Resumen

Delia Ponce Martínez  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Junio, 2018

Título del estudio: Etnografía de cuidados de salud de adultos mayores migrantes en el Mezquital, Matamoros, México.

Número de páginas: 145

Candidato para el grado de Doctor en  
Ciencias de Enfermería

LGAC. Cuidado a la Salud en: a) riesgo de Desarrollar Estados Crónicos y b) grupos vulnerables

**Propósito y método de estudio:** El propósito del estudio fue describir las prácticas de cuidado de salud de adultos mayores migrantes de la comunidad El Mezquital en el entorno familiar abordado desde una perspectiva de Enfermería Transcultural. En el diseño del estudio se siguió metodología cualitativa, método etnográfico. La información se obtuvo por medio de las técnicas observaciones participante y entrevistas abiertas. El criterio utilizado para la selección de la información fue la riqueza de contenido y de significado con respecto a la pregunta de investigación. Participaron 15 adultos mayores de 60 años e informantes clave. Para el análisis de los datos se identificaron categorías y descriptores. La validación de datos se realizó mediante la técnica de triangulación de la información obtenida entre la observación, categorías y participantes clave. **Contribución y conclusiones:** Las prácticas de cuidados de salud de adultos mayores se presentan en tres temas principales: Contexto, Modos de vida y Medios de cuidado. En cada tema se describen tres subcategorías que relacionan prácticas de cuidado de salud con factores económicos, seguridad social, servicios de salud; alimentación y dieta, actividad y ejercicio, espiritualidad y religiosidad, así como relacionadas a la medicina alópata, medicina tradicional y el apoyo social. El estudio permitió una mirada a la persona adulto mayor como un sujeto con participación activa en sus procesos de cuidado. Distinguir actos o prácticas de cuidado específicos de la cultura que influyen en la salud-enfermedad de las personas adultos mayores. Provee información a los profesionales de salud para la planeación de intervenciones tendientes a aumentar la práctica de cuidado de salud de los adultos mayores en relación a su cosmovisión y el entorno donde viven que pueden ser comprendidos desde el punto de vista de quienes están implicados en proporcionarles cuidados congruentes y significativos para este grupo.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS \_\_\_\_\_

## **Tabla de Contenido**

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Capítulo I	1
Introducción	1
Estudios sobre migraciones	3
Estudios sobre envejecimiento y las personas mayores	7
El adulto mayor y los procesos de salud-enfermedad en contexto	10
Seguridad social en México.	10
Sistema de Salud en México.	13
Economía.	15
Marco Teórico	18
Cuidado de salud	19
Modos de vida	24
Espiritualidad.	25
Actividad física.	27
Alimentación y dieta.	29
Medios de cuidado	32
Apoyo social.	33
Medicina alópata.	35
Medicina tradicional.	37
Contextualización y ubicación de la investigación	41
Descripción geográfica	41
Comunicación	43
Actividad laboral y productiva	44
Condiciones de la vivienda	45
Pregunta de Investigación	47



Contenido	Página
Objetivos del estudio	47
Objetivos Específicos.	47
Definición de términos	47
Cuidado de salud.	47
Prácticas de cuidado.	47
Capítulo II	49
Metodología	49
Diseño de estudio	49
Población del estudio	49
Aspectos éticos	50
Rigor metodológico	51
Etapas	52
Primer visita y sondeo a las comunidades factibles para estudiar.	52
Recolección de información.	56
Análisis de la información.	58
Capítulo III	60
Resultados	60
Descripción de la muestra	60
Salud	62
Enfermedad	64
Prácticas de cuidado	67
Contexto- medio ambiente	68
Seguridad social.	68
Servicios de salud.	69

Contenido	Página
Economía.	72
Modos de vida	73
Espiritualidad-Religiosidad.	73
Actividad física.	75
Alimentación y dieta.	78
Medios de cuidado	79
Apoyo social.	80
Medicina alópata.	80
Medicina tradicional.	82
Capítulo IV	85
Discusión	85
Salud	85
Enfermedad	88
Prácticas de cuidado	91
Contexto	91
Modos de vida	100
Medios de cuidado	107
Limitaciones del estudio	116
Referencias	117
Apéndices	136
A. Cédula de datos demográficos	137
B. Consentimiento informado	140

Apéndices	Página
C. Aprobación comité de ética e investigación	143
D. Oficio de solicitud y autorización	145

## **Lista de Tablas**

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Proceso de análisis de datos	58
2. Características sociodemográficas de la población de estudio	61

## **Lista de Figuras**

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Prácticas de Cuidado de Salud	10
2. Situación de El Puerto, Mano de León	42
3. Ubicación Comunidad El Mezquital	53

## **Capítulo I**

### **Introducción**

La posibilidad de envejecer bien de las personas mayores de 60 años y más depende de muchos factores desde los biológicos, cambios ambientales, enfermedades, hasta los modos de vida. Entre los factores relacionados con modos de vida están la alimentación, la actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol o de sustancias tóxicas, condición socioeconómica, apoyo de sus redes sociales. Modos de vida que pueden asociarse con enfermedades y lesiones sufridas a lo largo de su vida, como pueden ser aquellas relacionadas con actividades productivas (Fernández-Ballesteros, 2011; Gutiérrez, 1999).

En población migrante otros factores a considerar además del proceso de envejecimiento, son las condiciones de vida en el lugar de destino. Por ejemplo, la falta de acceso a un trabajo normalizado, situación irregular de residencia, falta de acceso normalizado a las redes sanitarias, vivir en zonas de riesgo social elevado, problemas de comunicación relacionados con el lenguaje y las diferencias culturales (Vázquez, 2006).

La salud de los inmigrantes recién llegados es un reflejo del estado de salud que traían de sus lugares de origen, algunas patologías infecciosas que acaban padeciendo se deben, en parte, a las condiciones de vida y actividades de riesgo que sufren en el país o lugar de acogida. Por ejemplo, las enfermedades cosmopolitas como la tuberculosis o el VIH-SIDA (Gascón, 2003), enfermedades asociadas a la situación de precariedad económica y marginación social, modos de vida y las enfermedades asociadas al cambio climático donde se asientan.

Entre los fenómenos meteorológicos asociados al cambio climático, la literatura hace mención de cambios en el régimen de lluvias e inundaciones y para las áreas costeras, aumento acelerado del nivel del mar. Dado que el estudio de caso se lleva a cabo en la comunidad El Mezquital, la cual se ubica en la zona costera mexicana del Golfo que se encuentra a un metro del nivel del mar; esto les hace susceptibles a riesgos

naturales tales como ciclones tropicales, inundaciones, mar de fondo, sequías, ondas de calor, sismos, deslizamientos de laderas, tsunamis e incendios. Tales fenómenos impactan la infraestructura física y social de la población con consecuencias traducidas en costos económicos, ambientales, sociales y en la salud humana (Lanza, Ortiz & Carbajal, 2013; Ortiz & Méndez, 2000). La ubicación geográfica (zona costera) determina en parte la actividad laboral de pesca y con ello presencia de enfermedades tropicales.

Cuando las comunidades son desplazadas por desastres naturales las personas mayores pueden tener incapacidad para huir o de viajar grandes distancias, por lo que aumenta el abandono en medio de una situación de riesgo y vulnerabilidad (Muñoz, Durán, Garduño, & Hermán, 2003). Sin embargo, cuando a los adultos mayores se les involucra como líderes comunitarios estas personas pueden ser un recurso valioso para sus comunidades particularmente en la prestación de ayuda humanitaria (Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2014a), por el conocimiento que ellos tienen sobre cómo afrontar estos fenómenos naturales dada su experiencia.

Lo anterior se suma a la variabilidad natural del clima observada en los niveles de estrés calórico (caso de comunidad el Mezquital) debido a altas temperaturas durante los meses de primavera y verano, con la dispersión potencial de ciertos vectores característicos de zonas tropicales tales como mosquitos, moscas, piojos, pulgas y garrapatas que transmiten enfermedades infecciosas como el dengue, oncocercosis, paludismo, leishmaniasis, tripanosomiasis, micosis. Así como enfermedades infecciosas, no transmitidas por vectores, como el cólera, paratifoidea, salmonelosis, fiebre tifoidea y shigelosis relacionadas con el saneamiento del ambiente y residuos de carácter urbano e industrial asociados a los asentamientos humanos y basura de carácter doméstico en general (Anzaldo, Hernández & Rivera, 2008; Beltrán-Aguilar, Ibáñez-Bernal, Mendoza-Palmero, Sandoval-Ruíz & Hernández-Xoliot, 2011).

En la zona costera del Golfo de México la contaminación en sus cuerpos de agua

por coliformes totales y fecales, enfermedades transmitidas por vectores, aunado a las variaciones del clima y la influencia de los movimientos migratorios juegan un papel importante en la propagación de enfermedades, además de que la evolución de los microorganismos es constante (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2005; Rendón-Von, Memije-Canepa & Ek-Moo, 2006). Las condiciones de vida de los individuos en el lugar de destino, perfilan las necesidades de los grupos (Moreno, Vera & Landero, 2010; Ruiz & Rivas, 2017).

La literatura sobre adultos mayores enfocada la atención médica que requieren y su adhesión a tratamientos. Destaca la queja generalizada por parte del sector médico de que las personas adultas mayores toman los medicamentos según lo prescrito médicamente, y que sólo consultan cuando se sienten mal (Hamui, Fuentes, Aguirre & Ramírez, 2013; Regueiro, Mendy, Cañas, Osvaldo & Nagel, 2011). Enfoque que se contrapone con un concepto positivo de cuidado, en donde el cambio de estado de salud y satisfacción de necesidades queda sujeta al mismo individuo.

Por lo que en este trabajo se pretende conocer los cuidados a la salud de la población adulta mayor en la comunidad El Mezquital lugar conocido como asentamiento de inmigrantes, bajo los siguientes factores. En primer lugar, se hace referencia a las implicaciones de la migración o movilidad humana para la configuración de prácticas específicas de cuidado de este grupo etario; en seguida, se presenta un panorama sobre el envejecimiento y las personas mayores, para posteriormente abordar procesos de salud-enfermedad en contexto como la seguridad social y sistema de salud en México y la economía.

### **Estudios sobre migraciones**

El estudio de las migraciones es tan relevante como complejo y elusivo, por ser difícil de conceptualizar, medir y analizar; definir qué es una migración y quién es un migrante es menos fácil de lo que a primera vista parece. Mientras nacimientos y defunciones son hechos biológicos, generalmente nítidos, cuyo registro y cómputo no



suele entrañar ninguna complicación, las migraciones son transiciones espaciales y sociales a la vez y de contornos imprecisos, sobre los que no existe consenso generalizado: en este sentido se trata de desplazamientos o cambios de residencia a cierta distancia que debe ser «significativa» y con carácter «relativamente permanente» o con cierta voluntad de permanencia (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2012; Instituto Nacional de Migración [INM], 2011).

Dado que las dimensiones del hecho migratorio son múltiples constituyen objeto de interés para demógrafos, economistas, sociólogos, antropólogos, geógrafos, estadísticos, psicólogos sociales e historiadores. La explicación de los movimientos migratorios requiere la comprensión previa de las complejas interrelaciones existentes entre factores demográficos y factores económicos y sociales, prestando la debida atención a los marcos de referencia cultural y socio psicológicos en los que se inserta la decisión de migrar.

Aun cuando es posible hallar tendencias de orden general como la feminización, la ampliación de los orígenes sociales de los migrantes, la aceleración de los desplazamientos, la intensificación de los intercambios y comunicaciones entre lugares distantes las características particulares de flujo migratorio deben observarse individualmente como son la indisoluble relación entre la historia de lugar de origen y la historia de lugar de destino. Las diferencias en sus ritmos y formas de desarrollo hacen de cada corriente migratoria un fenómeno único, además de que cada una de ellas cambia a lo largo del tiempo, debido a las transformaciones en las condiciones que cada hecho migratorio introduce. Como en el caso El Mezquital la migración se ha ido desarrollando a través de redes social familiar o de amigos, que se da de un primer migrante que observa en el lugar la oportunidad económica de la pesca y de asentarse. Ese primer migrante relata que vuelve a su lugar de origen por su esposa y se trae a otros hombres sin familia para trabajar y elegir un espacio donde asentar su vivienda y así sucesivamente cada quien fue trayendo a su familia y a otros familiares o conocidos.

Esto de alguna manera asegura la conservación de sus costumbres y constituye un esfuerzo por mejorar económicamente, aunque deban hacer cambios como trabajar la tierra por la pesca

Para los profesionales de enfermería cobra importancia reconocer que la movilidad implica más que el desplazamiento físico de una persona o de poblaciones implica también el cruce de límites geográficos, cada uno con sus riesgos biológicos y ambientales específicos (Ruiz, Torralbo, Ortiz, Pino & Artero, 2006; Sánchez-González & Egea-Jiménez, 2011). Es por ello que el profesional de la enfermería debe nutrirse del saber de diferentes disciplinas como la antropología, psicología social, sociología o geografía humana, en definitiva, se precisa de un bagaje de conocimientos que permitan un abordaje holístico de las necesidades de los individuos y comunidades contemporáneas.

Domenach y Picouet (1990) describen que es importante considerar que los individuos pueden reconocer espacios de vida que van más allá de sus lugares de residencia; aun cuando el espacio utilizado puede ser restringido, este también puede integrar distintos lugares. En este sentido la movilidad puede connotar el traslado definitivo de residencia, como también el traslado temporal, la circulación y la reversibilidad (García & Jiménez, 2016; León, 2004).

Movilidad que aun cuando se trate de un proceso planificado y voluntario tiene amplias repercusiones en la salud de las personas (Beltrán, 2010; Burgos & Parvic, 2011), especialmente del adulto mayor que enfrenta riesgos asociados a una mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio ambiente, riesgo que se incrementa con la combinación de los efectos del envejecimiento y la aparición o agravamiento de procesos patológicos.

La inmigración representa retos de diversa índole para las ciudades receptoras y a su vez para los propios migrantes. De acuerdo con los resultados de Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) datos reportados por el INEGI (2016), las ciudades

fronterizas del noreste del país, con dificultades económicas y de desempleo sufren la presión social que ejerce la llegada de migrantes en términos de demanda de vivienda, servicios públicos como agua potable, alcantarillado y carreteras, además de lo que implica la manutención cotidiana y los servicios de salud.

Asimismo, la inmigración implica una serie de retos o dificultades en cuanto a la integración de los propios migrantes a la sociedad de destino (CONAPO, 2013; Mendoza, 2010), ya sea temporal o permanente. Vivir fuera de su lugar de residencia habitual puede impactar de manera negativa en su salud física y mental, particularmente cuando coexisten enfermedades crónico-degenerativas, transmisibles y problemas nutricionales y emocionales (Beltrán, 2010; Franco, 2010; OMS, 2014b). Situación que de acuerdo a Castillo (2008) y Vergara (2007), demanda de parte del sistema de salud, proporcionar servicios y cuidados de salud etnoculturales.

Autores como Durán-Arenas, Salinas-Escudero, Granados-García y Martínez-Valverde (2012) han observado de forma crítica lo que califican como una disonancia entre las necesidades y creencias de la población migrante por un lado y el diseño de los servicios de salud por otro. En ocasiones la vinculación con el sistema de salud se ve afectada por procesos lingüísticos y por formas de interpretación cultural y étnicamente diferentes de la población de acogida (Duana, Gaona & López, 2012) especialistas en este enfoque proponen investigar el cuidado de salud de esta población en relación con sus tradiciones familiares y el entorno del que provienen, así como con la realidad económica, política, social y cultural de la comunidad o del grupo social de la comunidad a la que arriban (Tabón & García, 2004; Vergara, 2007).

Considerar la gran riqueza cultural derivada de costumbres, valores, creencias y cosmovisión que dan sentido a los procesos salud enfermedad (Roldán, 2012), es una tarea necesaria que se hace más apremiante para los profesionales de la salud, particularmente para enfermería cuya esencia radica en el cuidado del otro.

## **Estudios sobre envejecimiento y las personas mayores**

El proceso del envejecimiento demográfico no es reversible, por tanto, los adultos mayores del mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más, a partir del 2020 y se verá reflejado en el aumento de las personas adultos mayores en las próximas décadas transitando de una población joven a una más envejecida (Instituto Nacional de Población Adulto Mayor [INAPAM], 2010). Si bien es notable el aumento de adultos mayores en el país, aún no se puede hablar de una población envejecida como la de países europeos y/o avanzada como en Chile, Argentina, Uruguay o Cuba (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2015).

Este fenómeno en la entidad de Tamaulipas presenta ritmos diferentes de envejecimiento respecto al resto del país, debido no sólo a los cambios en la mortalidad y fecundidad, sino también al efecto de la migración, ya que el proceso social de migrar se da principalmente entre los jóvenes y adultos jóvenes, que tienen una mayor probabilidad de migrar por motivos fundamentalmente económicos, laborales o de estudios (Lammoglia, 2007).

En México se considera anciano a una persona mayor de 60 años, algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros, a partir de los 65-70 años; sin dejar de lado la definición social que en ocasiones va acompañada de una connotación negativa por medio de estereotipos que describen a la población de este grupo como dependiente, confundido mental, solitario, de actitud rígida, pobre, deprimido y pasivo o quejumbroso (INAPAM, 2010). La edad, al presentarse como una categoría social con marcados fundamentos biológicos, permite considerar la vejez una construcción social e histórica. Como resultado el significado conferido por el modelo cultural vigente, en términos de los procesos de producción, el consumo de determinada tendencia y los ritmos vitales impuestos por cada sociedad, pueden anular las dimensiones productiva y reproductiva de las personas mayores, y situarlas en espacios

en los que carecen de utilidad (Lozano-Poveda, 2011).

La persona adulta mayor enfrenta una serie de eventos que aumenta su vulnerabilidad social como individuo. El primero de ellos es su edad, desde el punto de vista fisiológico. Los individuos con la edad acumulan situaciones que los van haciendo gradualmente dependientes; por ejemplo, la disminución de la fuerza física, la disminución de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva; la disminución de habilidades que les impide tener una vida independiente, desde el alimentarse y vestirse por sí mismos, hasta saber orientarse en la vía pública (Salazar-González, Valdez-Esparza, Cruz-Quevedo & Gallegos-Cabriales, 2009).

Desde el punto de vista económico, las personas adultas mayores son poco hábiles para enfrentar un mercado laboral caracterizado por salarios precarios, largas jornadas de trabajo y seguridad social baja o nula (Huenchuan, 2013). La disminución o pérdida de un ingreso económico tiene como consecuencia una pérdida de la capacidad de respuesta a cualquier contingencia, desde las más básicas como comer y vestir, hasta como pagar medicamentos, en caso de enfermedad (Rubio, 2010).

En México las personas adultas mayores, las personas indígenas y las personas con discapacidad forman los grupos poblacionales más discriminados en diversos ámbitos, uno de ellos es el familiar, espacio que en un primer momento pareciera inmune dadas las relaciones de fraternidad, cariño, solidaridad que se supone existen en su seno. La discriminación que experimenta la persona adulta mayor es vista por ella como una situación real, que ocurre, se conoce y, sobre todo, la acepta como normal por el pasar de la vida. Según el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2010), algunos argumentos expresados por adultos mayores en la Encuesta Nacional Sobre Discriminación en México, fueron ¡yo ya viví!, ¡ya estoy viejo para eso!, ¡no necesito nada!

En la vida cotidiana el adulto mayor en México, enfrenta situaciones de desventaja como son: dificultades económicas, limitaciones en el acceso a los servicios

de salud, ausencia de servicios sociales, carencias en la vivienda o de vivienda, así como pobres condiciones de vida, exclusión de la cultura y educación, escasa participación en la vida social y política y trato inadecuado incluso en su círculo más cercano colocándolos en una posición de vulnerabilidad (Caro, 2013; INAPAM, 2010).

Una imagen negativa de las personas mayores se profundiza a través de su representación social no sólo como dependiente y vulnerable sino como personas enfermas por lo que se percibe que son una carga social; esta representación va más allá de cómo la sociedad les define ya que, como se dijo antes, ellos se auto identifican de esta manera y la asumen como parte de su edad. Tales representaciones omiten considerar aspectos positivos del envejecimiento como sabiduría y cultura para orientar el cuidado de la salud en esta población específica (Anzaldo et al., 2008; García & Jiménez, 2016; Melguizo & Alzate-Posada, 2008).

Algunas personas de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales y necesitan alguna forma de asistencia y ayuda para la vida cotidiana (Fuente-Bacelis, Quevedo-Tejero, Jiménez-Sastré, & Zavala-González, 2010). Sin embargo, otros adultos mayores son capaces de atender a familiares y amigos, colaboran tras la jubilación en organizaciones y además transmiten su experiencia sobre situaciones de la vida cotidiana (López-Pérez, Fernández-Pinto, & Márquez-González, 2008). A partir de la exploración de aspectos positivos en la vejez se ha mostrado no solo los variados recursos con los que cuentan las personas mayores, sino también el gran potencial para el cambio y la adaptación, el afrontamiento activo frente a situaciones de pérdidas y el sorteo de dificultades (Kaztman, 2000).

La información contenida en etnografía de cuidados de salud de adultos mayores migrantes en el Mezquital, Matamoros México se presenta posterior al análisis de los datos obtenido que permitieron la elaboración de una representación conceptual de las

prácticas de cuidado de salud de adultos mayores como se ve en la figura 1 expuestos en tres categorías a) Contexto-Medio ambiente, b) Modos de vida, c) Medios de cuidado.

Figura 1. Prácticas de Cuidado de Salud

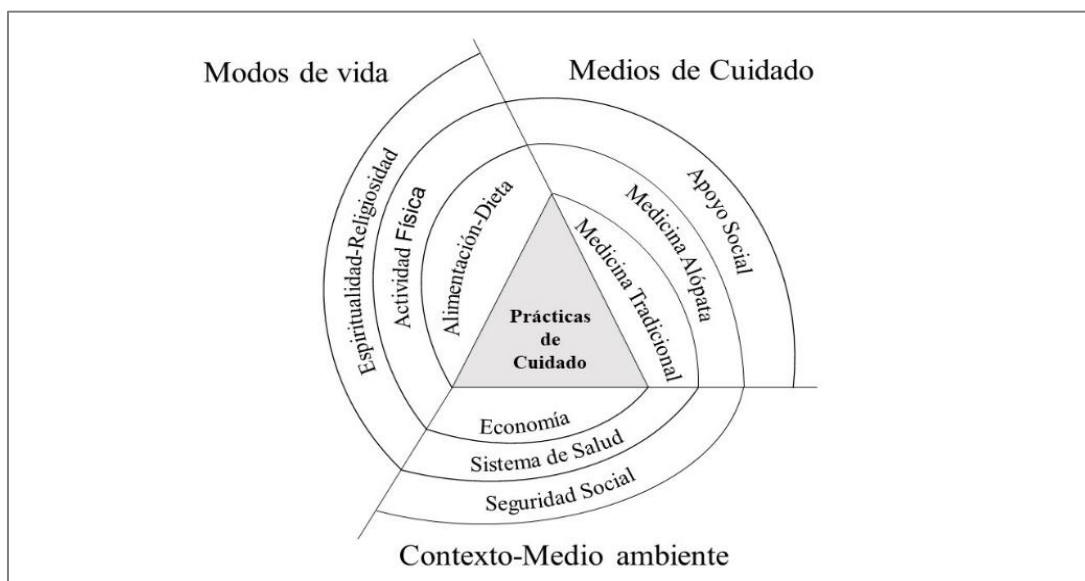


Figura 1. Elaboración propia con base en los hallazgos de la investigación de campo.

### **El adulto mayor y los procesos de salud-enfermedad en contexto**

Este apartado se presenta un breve análisis sobre la forma en que se encuentra constituida la Seguridad Social (educación, derecho a la salud, derecho a la propiedad, garantía de trabajo) y el Sistema de Salud. Diversas instituciones integran, protegen, tutelan y reivindican a los que viven de su trabajo y a los económicamente débiles donde la protección social se muestra como el objetivo principal.

#### **Seguridad social en México.**

La seguridad social en México desde un enfoque del derecho social, encuentra su fundamento en los artículos constitucionales 3, 4, 27, 28 y 123 principalmente y de ellos deriva su funcionamiento a través de leyes, reglamentos, principios, a partir de las cuales se crean instituciones para llevar a cabo sus fines, además de existir sólidas instituciones para aplicar y administrar dichas normas jurídicas. El conjunto normativo tiende a

proteger al estrato social débil de la enorme desventaja existente en los rubros social, económico, político y cultural, en general con mejores medios, para tener condiciones de vida digna (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917).

En principio el derecho social no se refiere a todos los individuos en general, sino a todos los grupos sociales que, por su condición económica, cultural, laboral entre otras, constituyen una clase social marginada dentro de cualquier sociedad que requieren de la intervención estatal para hacer valer la justicia social. En este contexto no solo están las personas económicamente débiles, sino también personas físicamente débiles, los grupos considerados en situación de vulnerabilidad, grupos poblacionales que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, género, edad o discapacidad se encuentran en una situación de mayor indefensión para satisfacer sus necesidades básicas y para incorporarse a los seguros sociales, entre ellos se hace mención a las *Personas de la tercera edad, Trabajadores migrantes y sus familias, Trabajadores informales* (Beltrán, 2004).

La seguridad social mexicana, se vincula directamente con el derecho del trabajo, toda vez que la seguridad social presenta en la Ley del Seguro Social (LSS, Art. 12.I) los preceptos de la Ley del trabajo (Art. 20, 21) en materia de protección laboral y seguridad social por lo que no es posible concebir a la seguridad social, sin ligarla con el trabajo formal y la actividad social productiva.

Desde un punto de vista legal, seguridad social se define como el conjunto de normas por las cuales el estado protege y cuida de las personas y le garantiza sus derechos a la salud, asistencia médica, medios de subsistencia y servicios sociales (IMSS, 2015, Art. 2). De lo anterior, se puede señalar que existe seguridad social cuando está toda la población protegida por los seguros sociales; que puede ser un solo seguro o varios; pero que den cobertura a toda la población, es en ese punto que se está frente a un verdadero sistema de seguridad social.

En México la declaración de seguridad social destaca nueve rubros básicos:



asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, prestaciones de desempleo, de vejez, por accidente de trabajo o enfermedad profesional, prestaciones familiares, de maternidad, por invalidez y prestaciones de sobrevivientes incorporados en las leyes de seguridad social en nuestro país (Tapia, 2015).

De esta manera la seguridad social se presenta: en dos regímenes, uno de *seguro social* y otro de *asistencia social*; en el primero es un seguro social contributivo con cargo al cual se proporcionan prestaciones cuando ocurre una de las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingreso a consecuencia de enfermedad, maternidad, riesgo de trabajo, invalidez, vejez, muerte incluyendo la asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos (Von-Potobsky & Cruz, 1990), aunque no siempre se alcanza en su totalidad. El régimen *de asistencia social* es no contributivo y con cargo a los ingresos generales del Estado, en este régimen el derecho a la prestación se basa en la pertenencia a la comunidad, en la cual se encuentra los fondos necesarios para otorgar esas prestaciones; el único criterio válido para tener derecho a prestaciones es el cumplimiento de la condición de ciudadano o residente y cubrir dicha cuota previo a un estudio socioeconómico (Solorio, 2001).

Ante tal situación, los regímenes de seguro social a menudo hacen frente a dificultades en la extensión de la cobertura a grupos específicos, entre los que se encuentran, los no asalariados, trabajadores artesanos, los que trabajan por su cuenta, y es en este grupo en el que se encuentra una alta proporción de adultos mayores en el país que por supuesto, carecen de cobertura médica y social, y en consecuencia que tampoco cuentan con jubilación, ni pensión (Garay, Montes de Oca & Guillen, 2014; Ham, 1998). Por otra parte, también se puede observar la adscripción a una institución pública de salud por derechohabencia sin relacionarla con el trabajo, una afiliación debido a la parentela que conserva con un trabajador, como el cónyuge (incluso difunto), los hijos, los padres y hasta los nietos, y la atención a la salud se recibe como beneficiario de un tercero, de manera que la derechohabencia misma no implica una Seguridad Social

amplia (Ronzón-Hernández & Montoya-Arce, 2013).

De esta manera la seguridad social, y sus instituciones de salud son parte del desempeño histórico, cultural, ético, político y económico del país, que culmina no en el déficit de seguridad social actual sino en sus costos esperados y su impacto económico y en el mercado productivo del país, así como de los resultados de la prevención económica personal, el cuidado a la salud y el apoyo familiar (Garay & Román, 2016; Ham, 1998).

### **Sistema de Salud en México.**

El sistema de salud en México está conformado por dos sectores: el público y el privado. El sector público incluye a las instituciones que otorgan servicios de salud a las personas que cuentan con seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), así como las instituciones y programas que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social como la Secretaría de Salud (SS). En un principio surgen con una concepción asistencial, para atender principalmente a los grupos campesinos y urbanos no derechohabientes (González, Barraza, Gutiérrez & Vargas, 2006), posteriormente estas instituciones salvo SS tienen carácter de seguridad social (derechohabientes trabajadores y sus dependientes). Los migrantes asentados en El Mezquital no cuentan con seguridad social; corresponden al grupo de no derechohabientes por ser trabajar por no ser asalariados, situación que vuelve más vulnerable a las personas adultas mayores.

El sector privado incluye a las compañías aseguradoras privadas y a los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, en general bajo un sistema lucrativo. Este sector comprende también a los proveedores de servicios de medicina alternativa, que por lo general trabajan en consultorios o unidades ambulatorias de salud (Knaul et al., 2013).

Ante un sistema de salud que nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos a quienes llamó derechohabientes y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del estado, a quienes eventualmente se les denominó población abierta. Esta última población representa más de la mitad de personas en todo el país, la que ha carecido de servicios de salud y se ha empobrecido aún más a consecuencia de los gastos que las familias tienen que sufragar en servicios médicos, medicinas, hospitalización y otros efectos derivados de las enfermedades al carecer de seguridad social (Frenk & Gómez, 2007).

En México se han logrado avances significativos en la cobertura universal de salud. Esto se está logrando primero gracias la afiliación que siguió tras la reforma constitucional de 1983 y segundo, debido a la reforma en salud de 2003, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), contribuyendo así a una disminución en la carencia de acceso a servicios. Sin embargo, “la cobertura efectiva universal que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad, y evita crisis financieras domésticas a través de la reducción de los gastos de bolsillo,” no se refleja en la economía familiar (Knaul et al., 2013, p. 208).

Algunos retos que enfrenta el sistema de salud ante el envejecimiento de la población son: el potencial crecimiento de enfermedades prevenibles a mediano y largo plazo, la carga de enfermedades crónicas, sobrepeso y obesidad mayor a la que se presenta en los estados europeos (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE], 2016). A lo anterior se añade algunas de las problemáticas que representan retos para el financiamiento y la equidad como por ejemplo la presencia de una gran cantidad de enfermedades comunes, onerosas y tratables que no están cubiertas, como son algunos cánceres, en donde los pacientes que sufren estas enfermedades enfrentan enormes dificultades económicas o se quedan sin tratamiento (Garay & Román, 2016).

También el acceso a los servicios de salud en áreas rurales remotas se presenta como un reto; aun cuando las áreas rurales concentran una pequeña proporción de la población total, por lo que éstas constituyen un grupo vulnerable, disperso y de difícil cobertura. Aunado a ello en estas comunidades, los centros de salud operan con servicios básicos e infraestructura de comunicación insuficientes, mayormente atendidos por prestatarios de medicina (Knaul et al., 2013). Tal es el caso de la comunidad de El Mezquital que, aunque tiene unidades de atención primaria atendida por prestatarios de medicina (antes pasantes) y auxiliares de salud (mujeres voluntarias de la propia comunidad), los recursos e infraestructura es mínima.

Para atender los retos sin precedentes en materia de salud el sistema de salud en México, debe asegurar a todos los ciudadanos una atención sanitaria equitativa, eficiente, sostenible y de alta calidad. Recomendaciones realizadas por la OCDE (2016) proponen que, para lograrlo, es necesario transitar a un sistema de salud centrado en las necesidades de los individuos, en lugar del actual sistema restringido a los acuerdos institucionales históricos.

El sistema de salud mexicano debe renovar su enfoque hacia la prevención y el fortalecimiento de la atención primaria; consolidar y ampliar la base de ingresos para el cuidado de la salud; y mejorar la contratación y los arreglos de compra de manera que se optimice el acceso, la calidad y la eficiencia. Por su parte Huenchuan (2013), atribuye la necesidad de reconocer que se precisan superar los atrasos y adaptarse a las transformaciones de un país que guarda una amplia diversidad cultural y una problemática social multifactorial donde subyacen diferentes retos, entre ellos el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud.

### **Economía.**

Para evitar una carga en la economía de las familias y el país, la reforma mexicana en materia de salud ha diseñado e implementado un plan para financiar tanto el tratamiento de las enfermedades crónicas, así como la puesta en marcha de programas

de prevención en políticas de salud y políticas saludables que abordan los determinantes de salud sociales. Ante un proceso de envejecimiento que presenta altas tasas de prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y enfermedades cardiovasculares, se propone no perder de vista las enfermedades transmisibles y factores de riesgo y lesiones que mantienen a la población discapacitada e improductiva (Knaul et al., 2013; López & Méndez, 2006).

La incidencia y naturaleza de las enfermedades tienden a ser diferentes en países desarrollados y en los países en proceso de desarrollo. Las consecuencias de la mala salud son más graves para los pobres, ya que hay una incidencia mucho mayor de desnutrición y de enfermedades infecciosas; a menudo estos problemas provienen desde la niñez, al interactuar entre sí pueden causar daños aún más graves, siendo probable que las consecuencias de la enfermedad sean más difíciles de encarar en la edad adulta (Bourges, 2001; Ortiz, Méndez, Varela & Pamo, 2007).

Además, la estructura del empleo en los países en desarrollo es tal, que el trabajo, a menudo carente de especialización y basado fundamentalmente en la fuerza y la resistencia, depende de un buen estado general de salud de la persona. En este sentido, no solo se desea la buena salud por sí misma, sino que además es considerada un activo, es decir, si los ingresos se obtienen por completo del rendimiento del trabajo físico y no se cuenta con ahorros para enfrentar una situación difícil, puede resultar imposible recuperarse de una enfermedad y mantener el capital humano y financiero intacto. Situación que aplica a los pobladores de El Mezquital.

El estudio del impacto del sistema económico en las condiciones de salud y en el sistema de salud son temas que también atañen el impacto de las crisis económicas, la inflación, las políticas fiscales y la política comercial, entre otros. Crisis económicas que a menudo, tienden a afectar la capacidad económica de la población, pues en estos casos el ingreso familiar se ve afectado a raíz de la caída en demanda de empleo; o por pérdida de aseguramiento en salud relacionado a aumento en el desempleo (INEGI, 2016).

En el país, de acuerdo a datos reportados por Puentes-Rosas, Sesma, Gómez-Dantés (2015), los hogares no asegurados tuvieron que reducir su gasto en alimentación, vivienda y/o educación para financiar su gasto en salud. Mostrando mayor repercusión para el sector más pobre de la población; esta inadecuada forma de financiar la salud también reduce la eficacia de la inversión en otros bienes. Además, al tener que pagar en el momento de enfermar tiende a generar un gasto mayor e ineficiente porque hay menos incentivos a la prevención y menos oportunidad de negociar el precio o de buscar proveedor certificado y de calidad.

Esta forma de financiar la salud también reduce la eficacia de la inversión que realiza el estado en bienes públicos. Existe un consenso generalizado entre los expertos de economía de la salud respecto a la existencia de una relación positiva entre un sistema económico y un sistema de salud fuerte. Esto significa que, si el sistema económico de un país se encuentra en una época de auge, es probable que su sistema de salud pueda disponer de mayor cantidad de recursos, pero si el sistema económico pasa por un momento de austeridad, lo mismo sucederá con su sistema de salud. Es decir, cuando el ingreso fiscal aumenta, aumentará también el gasto que se destina a la atención de la salud (OCDE, 2016) Del mismo modo, la OCDE ha señalado una relación directa entre el gasto público que los países destinan a la salud y el tamaño de la economía o Producto Interno Bruto (PIB) per cápita.

La salud es un factor fundamental del capital humano y tiene la capacidad de influir en la productividad, el ingreso y el crecimiento económico de las personas, las empresas y los países. Para los pobres, la salud es uno de los pocos activos que poseen y por ello cobra especial relevancia, a diferencia de las personas más ricas, que dependen más del capital humano y financiero. Schultz (1960), definió el capital humano como aquél que incluye componentes cualitativos, tales como la habilidad, los conocimientos y atributos similares que afectan la capacidad individual para realizar el trabajo productivo; el autor también plantea que los gastos introducidos para mejorar estas

capacidades aumentan el valor de la productividad del trabajo y producirán un rendimiento positivo.

Bass, Caro y Chen (1993), describen la actividad productiva en la edad avanzada como *"El envejecimiento productivo"* al que definen como *"cualquier actividad desarrollada por una persona mayor que produce bienes o servicios, sea remunerada o no, o desarrolla capacidades para producirlos"*. Caro & Sánchez (2005) referencian al concepto de *productividad* en su sentido amplio, como el conjunto de beneficios colectivos que las personas mayores consiguen a partir de sus acciones individuales en donde la productividad apuntaría a una *contribución* social de las personas mayores y a la satisfacción de necesidades sociales de importancia.

Lo que interesa no es la obligación de participar sino las oportunidades que tiene el adulto mayor para hacerlo, los ámbitos y las repercusiones de esa participación. Para que las personas mayores alcancen y tengan una vida plenamente funcional, no solo necesitan combatir las enfermedades sino vivir en ambientes que faciliten el desarrollo de todo su potencial. Una propuesta política que apunta en esta dirección es el envejecimiento activo "un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomenta la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales" (OMS, 2002).

Las personas mayores participan activamente en una diversidad de ocupaciones de la vida cotidiana colaborando notoriamente en las dinámicas diarias de la familia y la comunidad que los rodea. Sin embargo, en economías como la mexicana, debido al tipo de condiciones y remuneraciones que perciben por su trabajo, la gran mayoría de las personas mayores económicamente activas se ubican en el sector informal, lo cual evidencia la vulnerabilidad de su situación y la falta de reconocimiento de sus derechos (INAPAM, 2010). Situación que aplica a las personas adultas mayores del El Mezquital.

### **Marco Teórico**

El objetivo de esta sección es definir conceptos claves que sirvan de guía en el análisis de cuidados de salud de adultos mayores en El Mezquital. Primero la revisión parte de una conceptualización del cuidado de salud desde el ámbito de la enfermería, en seguida se presenta una descripción del referente teórico que guía la realización del presente estudio apoyándose fundamentalmente en Leininger (1991) y posteriormente se describen un par de conceptos clave de segundo orden en el mismo marco conceptual: “modos de vida, medios de cuidado y contexto-medio ambiente”.

### **Cuidado de salud**

Históricamente hablando del campo de la enfermería han existido una serie de fenómenos humanos que adoptaron la forma de actividades orientadas al cuidado y la protección de los otros; aplicación de procedimientos y métodos de mayor o menor complejidad dependientes del contexto sociocultural en el que se inscriben. Iyer, Taptich, y Bernocchi-Losey (2003) describen que a la profesión de enfermería le compete “el diagnóstico y tratamiento a las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales”. Las respuestas humanas son descritas por Rodríguez (2000) como la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad. Para Artigas-Lelong y Bennasar-Veny (2006) estas respuestas humanas contribuyen a centrar los cuidados brindados, prescribir actuaciones de enfermería, delimitar la responsabilidad profesional y unificar los criterios de intervención ante problemas o situaciones de su competencia, además de lograr mayor y mejor comunicación con todo el equipo de salud.

Sin embargo, en una sociedad como la mexicana donde la atención es a la enfermedad y no a la salud, otorgada en un sistema hospitalario. Un modelo biomédico prevaleciente fragmenta la atención del equipo interdisciplinario de salud y limita los alcances del cuidado que otorgan los profesionales de la enfermería. Paradójicamente, a lo largo de la historia, enfermería ha considerado el cuidado como esencia de su práctica. Collier (1993), señalaba que los cuidados han sido practicados desde los



orígenes de los tiempos por mujeres y estos son muy anteriores a los tratamientos médicos “ser cuidado...cuidarse... cuidar... va unido y acompaña a todas las etapas de la vida humana, sin necesidad de la enfermedad”.

El término “cuidado” se aplica tanto a los cuidados maternos, como a la vida cotidiana, según Cuesta (2009), se nace en una familia. Donde la afectividad y el cuidado siguen siendo fines relevantes de la misma; la familia es determinante en el cuidado a sus descendientes en los primeros años de vida, pero cada vez es más problemático el cuidado en el final de la vida de los antecesores.

Muchos son los referentes sobre el cuidado; uno de los primeros intentos de clarificar y sistematizar conceptualmente el cuidado es el realizado por Madeleine Leininger, que se tomará como referente en este estudio. A finales de los años 70's inició un estudio sistemático del término, presentando diferencias entre cuidado genérico, cuidado profesional y cuidado profesional enfermero. El objetivo fue identificar los actos de cuidados presentes explícitos e implícitamente en la cultura, los valores, las creencias, los significados de distintos grupos culturales, distinguir los actos o prácticas de cuidado específicos de la cultura que influyen en la salud, el bienestar, la enfermedad o la muerte de las personas o grupos. Esta propuesta representa un enfoque amplio, pero específico de la cultura, para descubrir cuidados significativos para las diversas culturas.

El cuidado cultural, en el siglo XX se mostró como uno de los avances más significativos en enfermería y en el campo de la salud, un cuerpo de conocimiento de investigación basado en la teoría para la creciente disciplina y práctica de la enfermería transcultural (Leininger, 2002). El cuidado cultural ha sido discutido y descrito como competencia cultural, enfermería transcultural, cuidado culturalmente sensible o seguridad cultural influenciados por modelos y teorías de cuidado cultural. Los principales representantes de estas teorías son Leininger (1991), con su gran teoría de Cuidado Cultural Diversidad y Universalidad; Purnell y Paulanka (1998) con el Modelo

de Competencia Cultural; Giger y Davidhizar (2002) con el Modelo de Evaluación Transcultural y Camphinha-Becote (2002) con el Modelo Proceso de competencia cultural en la entrega de los servicios de salud. En estos modelos la cultura se interpreta y se aprecia como significativa en relación a las acciones pertinentes para los cuidados, de acuerdo a individuos situados en contextos particulares. Enseguida se hace referencia a los modelos recién mencionados.

Para Purnell y Paulanka (1998) competencia cultural es, por sí misma la adaptación del cuidado de salud de manera congruente con la cultura del cliente, por tanto, es un proceso consciente y no-lineal; en este modelo se supone que, el proveedor competente del cuidado de salud necesita tener un conocimiento del contexto del destinatario del cuidado, de sus experiencias sin permitir que ello tenga un efecto indebido en los destinatarios de estos cuidados. Los autores entienden por efecto indebido a la falta de comprensión única de los valores, creencias, actitudes y la visión del mundo de poblaciones diversas y modelos de aculturación individuales. Una asunción es que los proveedores del cuidado de salud son quienes pueden evaluar, planear, e intervenir para que de forma competente se mejore el cuidado de pacientes de una cultura determinada, para esto el proveedor del cuidado de salud tiene la responsabilidad primaria de crear un ambiente propicio para recabar información en ese contexto particular.

Giger y Davidhizar (2002) asume un cuidado culturalmente competente como un proceso dinámico, fluido, continuo por el cual un individuo, sistema o agencia de atención médica encuentra estrategias para otorgar cuidados útiles y significativos con el conocimiento cultural étnico, creencias, actitudes y comportamientos de aquellos a quienes prestan atención. Esta competencia cultural implica un sofisticado nivel de refinamiento de habilidades cognitivas y habilidades psicomotoras, actitudes y creencias personales, para desarrollar competencia cultural. Es esencial que el profesional de la salud utilice los conocimientos adquiridos a partir de modelos conceptuales y teóricos de

atención culturalmente apropiada. Lograr competencia cultural puede ayudar a la enfermera a desarrollar intervenciones significativas para promover una salud óptima independientemente de su raza, etnia, identidad de género, identidad o patrimonio cultural.

Campinha-Bacote (2002), propone que la competencia cultural es un componente esencial para servicios eficaces y culturalmente adaptados a las necesidades culturales y de clientes étnicamente diversos. El proceso de competencia cultural en la entrega de servicios de salud, es un modelo que ve la competencia cultural como el proceso en curso en que el proveedor de atención médica se esfuerza continuamente por lograr la capacidad de trabajar eficazmente dentro del contexto cultural del cliente (individuo, familia, comunidad). El proceso de competencia cultural implica la integración de la conciencia cultural, el conocimiento cultural, la habilidad cultural, los encuentros culturales y el deseo cultural. Con este modelo el autor postula que los proveedores de atención médica se vean como culturalmente competentes en lugar de ser ya culturalmente competentes. Esto quiere decir que la competencia cultural es un proceso de acciones, no un solo evento programado.

Dado los cambios demográficos que se viven en la actualidad, el acercamiento a la población de adultos mayores se espera nos permita conocer con precisión cuál es el entorno en que viven, sus problemas de salud, así como las formas en que enfrentan dichos problemas en su medio familiar, con una noción de sus saberes y experiencia que han adquirido con el transcurso de los años. De acuerdo con la Secretaría de Salud (2013), el cuidado de la salud de los adultos mayores y el proyecto de diseñar atención al envejecimiento para mejorarlo, han cobrado mayor relevancia dentro de la sociedad actual permeando en todos los ámbitos humanos y sociales sin excepción.

La teoría de cuidado cultural: diversidad y universalidad de Leininger (1991: 47), tiene como propósito describir, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo (inductivo), qué es lo diverso y qué es lo universal acerca

de la asistencia genérica y profesional de las culturas bajo estudio. La universalidad de valores, creencias o modos de vida en diferentes culturas es lo que denomina como transcultural; esta teoría se ha considerado adecuada para guiar el estudio, “etnografía de cuidado a la salud de adultos mayores en la comunidad pesquera El Mezquital ” en virtud de que aborda la cultura en las prácticas de salud, defiende que la enfermería debe aceptar y comprender la diversidad de las personas a las que brinda cuidado y para ello es necesario acercarse con la actitud de escucha para conocer sus perspectivas sobre los procesos de salud enfermedad.

Leininger (1998) en su teoría fundamenta el quehacer de la enfermería transcultural y pretende responder a la necesidad de que las enfermeras estén en capacidad de cuidar a personas de culturas distintas o similares, es decir desde su diversidad. La finalidad consiste en descubrir los puntos de vista personales sobre aspectos culturales a los que denomina étnicos. En este sentido las percepciones relativas a los cuidados, son retomados tal como los sujetos estudiados lo entienden y aplican, a fin de emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales.

La teoría de cuidado cultural “Diversidad y Universalidad” de Leininger (1991) tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y sistemas genéricos y profesionales, sistema de proveer una visión comprensiva y holística de la influencia en el cuidado cultural.

Leininger y McFarland (2006) reconocen la influencia de factores de cuidado basados en la cultura sobre las expresiones humanas relacionados con la salud, la enfermedad, el bienestar para enfrentar la muerte o discapacidades. Las autoras sostienen que enfermería requiere de aproximaciones creativas y diferentes; para llevar a cabo el cuidado con base en necesidades culturales significativas y útiles para los usuarios. Teóricamente esto predice las acciones de la teoría de cuidado cultural que

define como sigue:

En primera instancia, la preservación y/o mantenimiento del cuidado cultural se refiere a aquellas acciones profesionales o decisiones de asistencia, apoyo o habilitación que ayudan a las culturas a mantener creencias y valores benéficos de cuidado o para enfrentar la discapacidad o muerte.

En segunda instancia, la acomodación y/o negociación del cuidado cultural se refiere a las acciones creativas de cuidado o decisiones del proveedor de cuidado en relación a asistencia, acomodación, facilitación o habilitación que ayudan a la cultura a adaptarse o negociar con otros por un cuidado congruente culturalmente, seguro y efectivo para su salud, bienestar o para enfrentar la enfermedad o muerte.

En tercera instancia, el rediseño y/o reestructuración del cuidado cultural se refiere a las acciones profesionales de cuidado o decisiones mutuas de asistencia, apoyo, facilitación o habilitación que ayuden a las personas a reordenar, modificar, cambiar o reestructurar su modo de vida para mejorar los patrones de cuidado cultural, prácticas y así los resultados de salud. Para ello es fundamental que los profesionales de enfermería interactúen con las personas a quienes otorgan el cuidado, para conocer cómo incide su cultura en el cuidado de su salud y con esto invitarle a participar en forma activa en el diseño de su propio cuidado y modo de vida.

### **Modos de vida**

En el presente apartado se examina el modo de vida como la forma en que vive la persona o grupo de personas, una categoría que recoge un estado de bienestar en las áreas de salud psicofísica y socioeconómicas. Se considera en este apartado la satisfacción de las necesidades y demandas del adulto mayor en los niveles de su espiritualidad-religiosidad, en su alimentación y dieta, en actividad física en función de presentarse como conductas de salud y bienestar de la comunidad y de las personas. Se trata de tomar en cuenta la cosmovisión de las personas en relación con la protección de la salud para tomar decisiones con el aprovechamiento racional de los servicios que se le

brindan. Un enfoque que apunta en este sentido es el de González et al. (2006), que permite diferenciar factores que mueven conductas individuales con respecto a los que mueven conductas grupales y sociales.

### **Espiritualidad.**

La espiritualidad ha sido abordada desde tres vertientes principales: la primera, es lo religioso que se remite a la vida espiritual en su conjunto; la segunda, filosófico-antropológico, designa una forma de ser o de conocer que destaca los aspectos relativos al alma, frente al nivel de la corporalidad; la tercera, spiritualia, remite, el ámbito del derecho, a las realidades religiosas frente a temporalia, las realidades del orden profano o temporal. Espiritualidad y religión han mantenido relaciones estrechas a lo largo de la historia. En primer lugar, porque todas las religiones han desarrollado en su seno algún tipo de espiritualidad, como formas peculiares de vida y se seguían de ellas, derivadas de textos de carácter sapiencial, orientados a fomentar una forma de vida digna, valiosa y feliz (Rodríguez, 2011).

La espiritualidad, vinculada a la religiosidad, como una experiencia singular sustentada por la fe en Dios, requiere del esfuerzo y la práctica constante, así como del conocimiento de la experiencia colectiva a la que aluden los pasajes Bíblicos referentes a “otros” que se encontraron en las mismas o en peores condiciones y lograron mantener una sensación de plenitud y seguridad porque se sabían acompañados por Dios. Una experiencia que permite, a quienes la viven, separarse de sí mismo, definirse y definir a los demás y transformarse en sujetos activos; no se es para la religión, se es para una vida con sentido en cualquier condición, en cualquier lugar del mundo, en cualquier religión (García, 2004).

Ésta no se restringe a espacios predeterminados como la iglesia, ni a tiempos preestablecidos como los de un culto religioso, sino que puede ser observada en cualquier momento y lugar, transmitida de una generación a otra, principalmente en el hogar, en la práctica cotidiana con los miembros de la familia, al participar en la

internalización de modelos deseables de conducta, al promover el autocuidado de la salud; y quizá más importante, al querer trascender (Rodríguez, 2011; Sánchez-Herrera, 2009).

Desde perspectiva religiosa la espiritualidad se espera adquirirá rasgos diferentes, además de apuntar que la realización efectiva de la espiritualidad de cualquier religión depende también de la forma más o menos perfecta de realización de cada una de ellas por los diferentes sujetos religiosos. Ellison (1983) define el bienestar espiritual como un sentido de armonía interna, generado a partir de la relación de una persona consigo misma, con los otros, con el orden natural y con un ser o un poder superior; una relación personal en la que el sujeto se ve auto implicado e incondicionalmente preocupado, hasta el punto de hacer depender de ella su salvación.

En tanto que la distorsión de la religión sigue ordinariamente la aparición de formas distorsionadas de espiritualidad: en su forma más frecuente como las que han llevado a la absolutización de las mediaciones que desembocan en el fanatismo, originan formas pervertidas de «teologías políticas», y pueden llegar a originar violencia. La distorsión espiritualista e individualista de la religión que hacen ignorar sus dimensiones social y política y han conducido a tolerar o fomentar injustas organizaciones de la sociedad en castas, clases o estamentos que condenan a sus miembros a una desigualdad estructural y a la marginación de numerosas personas por motivos religiosos, sociales, o de sexo como ha sucedido con la mujer en algunas religiones (Palacio, 2015).

Rodríguez (2011) considera son muchos los estudios que reconocen los beneficios positivos de la espiritualidad/religión en el bienestar de los individuos que la practican, estos presentan mayor tolerancia al estrés y a los problemas de salud mental, la respuesta y recuperación es mejor y más corta; los individuos con alto nivel de espiritualidad/religiosidad se suicidan menos; los adictos a sustancias tienen menos recaídas. No obstante, este autor añade considerar que también existen ciertos grupos religiosos que le atribuyen a la enfermedad la connotación de “mal” o “maldición”

divina y que esto podría generar graves consecuencias en la salud mental del individuo. De esta manera Sierra (2014) señala que se espera que los profesionales que brindan cuidado a la salud, más allá de considerar un marco de creencias determinado, deben reconocer que el cuerpo no es lo único que acompaña a la estructura humana.

Ante cambios demográficos como los que se viven actualmente en todo el mundo es importante añadir nuevas variables a la vejez (Martínez, Morgante & Remorini, 2010). Carbajo (2009) precisa como necesario que el estudio de la cultura del envejecimiento se abra más allá de un sistema de seguridad social, de ingresos y de participación económica de los adultos mayores, para presentar atención al capital simbólico que se sustenta en la fe y que los ancianos manifiestan como un principio de transformación personal e interpersonal, que los fortalece y les ayuda a tener valor y resignación para resistir los eventos que han de soportar en el último trecho de la vida.

Vázquez (2001) propone una definición social de espiritualidad en la que se proyecta superar la concepción de la ancianidad como pérdida, limitación, pasividad y estorbo, y concebir al adulto mayor como actor activo que moviliza razones, deseos, fantasías, emociones, intereses, sentimientos y acciones y voluntades. Con resultados de utilidad no solo para el cuidado de quienes tienen una condición de discapacidad asociada a enfermedades crónicas, sino a los aportes en todas las áreas de la vida, como la práctica de estilos de vida físicamente saludable (Rúa, 2013).

### **Actividad física.**

En el término adulto mayor no siempre se correlaciona la edad cronológica con la evolución biológica del individuo, ya que esta última es diferente para cada persona y depende de múltiples factores, ya sea internos o del medio ambiente (Moreno, 2005); si bien el crecimiento es ostensiblemente un proceso orgánico, para Erickson y Veronese (1998) el desarrollo psicobiológico humano es imposible sin las condiciones geográficas y socioculturales en las que tiene lugar el crecimiento, condiciones que le permiten al individuo la satisfacción de sus necesidades, la auto dependencia y el desarrollo de sus



potencialidades.

Sin duda en esta etapa de la vida se producen innumerables cambios de diferente orden, desde biológicos, psicológicos y cognitivos hasta sociales que guardan una directa relación con la presencia de factores de riesgo para la salud, ya sea de tipo hereditario, o los adquiridos a lo largo de la existencia como el consumo de tabaco y alcohol, el ritmo de vida acelerado presente en las sociedades modernas que modifica hábitos alimentarios, y limita el tiempo que pudiera dedicarse a la recreación y práctica de actividades físicas.

Esta etapa de la vida además implica cambios como el descenso progresivo de los valores máximos de rendimiento fisiológico, disminución del número de células y cambios atróficos, entre otros (Artigas-Lelong & Bennasar-Veny, 2006). Cambios que afectan el estado de salud funcional del individuo, al deteriorar la eficiencia en el rendimiento de diversos aparatos y sistemas, lo cual a mediano o largo plazo incide negativamente en la calidad de vida del sujeto, aun en ausencia de enfermedad; un proceso natural y universal que contribuye al desarrollo de limitaciones funcionales y discapacidad en el envejecimiento.

Cambios que se pueden concretar en la pérdida de la capacidad funcional, entendida como la destreza para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente; lo que se asocia con dependencia funcional y aumento de morbilidad y mortalidad, y por consiguiente a la problemática psicosocial que se centra en el aislamiento, en la pérdida de un rol social y económico, en la depresión, la baja autoestima, la improductividad.

Se ha observado que la capacidad funcional y el rendimiento físico depende de la eficiencia funcional de prácticamente la totalidad de los aparatos y sistemas que integran el organismo. Estos presentan un descenso continuo a partir de los 35 años, para hacerse más acentuado desde los 55 - 60 en adelante (INAPAM, 2010); también hay suficientes evidencias como para admitir que el ejercicio corporal continuado, tiene efectos

positivos sobre tales procesos. En efecto existen hallazgos científicos que señalan que el ejercicio disminuye o desaparece enfermedades. Es decir, el ejercicio tiene un papel relevante como modulador de los cambios que provoca el envejecimiento en diferentes órganos y funciones del organismo, y en la participación socio laboral (Jiménez, Núñez & Coto, 2013).

Así en el movimiento se expresa la vitalidad, expresión de vida. Mediante la actividad, el gesto de la cara o de las manos comunica emociones; la marcha denota una intención al igual que el cultivo de una habilidad motora particular que se manifiesta por la gracia o destreza al ejecutarla al bailar, nadar, hacer gimnasia etc.

Un buen trabajo muscular resulta en gran beneficio para la persona adulta mayor, ya que permite tonificar los músculos, además de mejorar su fuerza y movilidad, sin olvidar extremar los cuidados de prevención de lesiones, esto ante la presencia de morbilidad frecuente en esta etapa, entre las que se encuentra la osteoporosis. De tal manera que la actividad física expresada a través del ejercicio, debe movilizar y facilitar la expresión de la energía, la fuerza y la vitalidad, y no eliminarlas, es así que, dentro de los resultados esperados en los adultos mayores están la mejora en la eficacia cardíaca, la capacidad respiratoria y mejora en la postura (Carazo, 2001).

Por otra parte, se reconoce la eficacia del ejercicio físico para disminuir la pérdida de masa magra, mejorar la fuerza muscular y la capacidad de marcha. Una actividad física regulada, continua y adecuada ha evidenciado retrasar los perjuicios que presentan las personas por el proceso de envejecimiento fisiológico y mantener por mayor tiempo la capacidad funcional de las personas en esta etapa de la vida.

### **Alimentación y dieta.**

En este tema se hace referencia a la alimentación definida como el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos, mediante los cuales, el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas que son

indispensables para la vida humana plena (Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, 2013).

El derecho a una alimentación adecuada es un de derecho humano de las personas, sea en forma individual o colectiva, de tener acceso en todo momento a alimentos adecuados, inocuos y nutritivos con pertinencia cultural, de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales, mantener una vida sana y lograr un desarrollo integral. Este derecho humano comprende la accesibilidad, disponibilidad, uso y estabilidad en el suministro de alimentos adecuados. Las obligaciones derivadas del derecho a la alimentación son vinculantes para todos los poderes del Estado y las demás autoridades públicas o gubernamentales, a cualquier nivel (nacional, regional o local) (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 2012).

La forma en que se alimenta cada persona es el resultado particular de una compleja interacción de factores fisiológicos y psicológicos individuales y factores sociales y culturales. El acto de comer es intermitente y, en esencia, voluntario y consciente, aunque finalmente lo regulan mecanismos fisiológicos, en especial las sensaciones de hambre y saciedad. Otros elementos pueden interferir con dichos mecanismos además del mercado; son el apetito o el antojo, que es el deseo de comer un alimento específico, conocimientos y prejuicios, gustos y preferencias, recuerdos y estados de ánimo, valores y tradiciones, hábitos y costumbres, caprichos y modas (Bourges, 2001; Mendoza & Calvo, 2010).

La ingestión de alimentos una necesidad biológica vital; es además estímulo placentero para los sentidos, medio de expresión estética, instrumento eficaz de comunicación y vinculación social, elemento central de ritos, celebraciones festivas y ceremonias luctuosas; instrumento para mantener y fortalecer el sentido de identidad, forma predilecta para expresar las peculiaridades de cada cultura.

Los alimentos que consume la gente, en toda su variedad cultural, definen en gran medida la salud, el crecimiento y el desarrollo de las personas. En esencia los alimentos básicos que conforman la comida tradicional mexicana, se destaca el nopal, el maíz, el frijol, el chile, el tomate o Jitomate, el quelite, la calabaza, el amaranto, la chía, el aguacate y el cacao entre otras plantas (Román, Ojeda-Granados & Panduro, 2013). Los insectos como chapulines, escamoles, y gusano de maguey no son desperdiciados, sino atrapados para incorporarse a los platillos. Todas las etnias de México los consumieron y los consumen hoy en día, aunque las especies varían, según el ecosistema en que se asienten, su consumo constituye una tradición y forman una parte de sus hábitos alimenticios (Ramos-Elourdy, 2009).

La suma de alimentos sin transformar, platillos y productos industrializados que se ingieren en un día es lo que denominamos dieta. Con la dieta se alcanza la integración final de la alimentación. Por ello se considera que la dieta es la unidad funcional de la alimentación: los problemas de esta última surgen de la dieta y ésta es la que se debe corregir en todo el ciclo de vida, esto es, desde la condición de feto hasta la ancianidad. Estudios evidencian que existe una continuidad en las influencias de la alimentación y la dieta que contribuyen a la aparición de enfermedades crónicas, y por tanto también en las oportunidades de prevención (Mendoza & Calvo, 2010).

Las enfermedades cardiovasculares alcanzan su máxima prevalencia en la tercera edad, al igual que la diabetes de tipo 2, la hipertensión arterial, dislipidemia y algunos tipos de cáncer, mismos que aparecen como resultado de la interacción de varios procesos mórbidos, así como de un deterioro más general de las funciones fisiológicas. Aunado a esto, la falta de educación en materia de nutrición en la población mexicana, la pobreza, agravada por la pérdida del poder adquisitivo, el encarecimiento de los alimentos y el contexto sociocultural, en muchas ocasiones restringe el acceso a una dieta correcta.

Alentar a las personas mayores a introducir en su dieta cambios resulta

probablemente demasiado ambicioso para el beneficio previsto, particularmente en población vulnerable, resaltando problemas de desnutrición crónica en las zonas rurales del sur del país, sobre todo de aquellas con población indígena (Gómez, García & Estrada, 2005), caracterizadas por la persistencia de antiguos problemas de nutrición y salud ligados a la pobreza. Actualmente también, se presenta el reflejo de la riqueza asociada a problemas en la alimentación, lo que denota cambios en la conducta alimentaria que han afectado la calidad de vida de los mexicanos, incidiendo directamente en la salud (Bourges, 2001).

En México en la NOM-043-SSA2-2012 (2013) se encuentran plasmadas las recomendaciones para integrar una dieta correcta para todos los grupos de población, asimismo promueve la variación y combinación de alimentos para asegurar el aporte de nutrientes al organismo y evitar enfermedades como la obesidad, diabetes, desnutrición, hipertensión. A través del plato del bien comer, una herramienta gráfica que representa y resume los criterios generales que unifican y dan congruencia a la orientación alimentaria dirigida a brindar a la población opciones prácticas, con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades.

Sin embargo, para lograr el acceso a los alimentos y los cambios en los patrones de consumo de los alimentos en población vulnerable, son necesarias políticas que contribuyan a aumentar sus ingresos, laborales y no laborales, asegurar ayuda alimentaria en esta población, seguridad alimentaria e impulsar cambios en el consumo orientados a la integración en la dieta de alimentos más sanos, que incorporen lo mejor de las tradiciones culturales de cada país (FAO, 2012), de tal manera que para planificar una alimentación adecuada resulta necesario combinar los conocimientos, con las buenas prácticas obtenidas a partir de las costumbres y creencias alimentarias y los alimentos básicos disponibles.

### **Medios de cuidado**

En este estudio consideraremos los medios de cuidado como los recursos materiales, sociales y humanos utilizados por los clientes para el cuidado de la salud de los adultos mayores desde el hogar, realizados como prácticas cotidianas que los protegen (Kaztman, 2000). Leininger considera que las expresiones de cuidado de la gente se encuentran fuertemente enraizadas a la cultura, es decir, que se trata de hacer emerger el cuidado del grupo estudiado. Esta sección se divide en tres subsecciones a considerar apoyo social, medicina alópata y medicina tradicional.

### **Apoyo social.**

El desarrollo óptimo de la vejez resulta difícil de alcanzar cuando se carece de apoyo social y de recursos necesarios para una vida con bienestar. Cada persona se desarrolla dentro de un contexto socioeconómico y cultural que sufre modificaciones en el tiempo, lo que le da nuevos sentidos y significados a sus costumbres y modos de vida. Tales cambios tienen un impacto significativo en la salud, la educación, la integración, y la protección social de las personas mayores. Impacto que tendría que ser considerado por los profesionales de la salud más allá de los prejuicios, estereotipos y estigmas que existen sobre la vejez, vinculados a la experiencia de la pobreza, la marginación, la soledad y el abandono.

Las redes de apoyo social en las que integra a la persona mayor que funcionan mejor son aquellas en las que se les integra no sólo como receptor, sino que juega un rol dinámico y de intercambio, en cuanto a la construcción de relaciones y provisión de apoyos. De esta manera es más factible construir oportunidades para que en este caso los adultos mayores aseguren un espacio de relación de equidad mediante el desarrollo de oportunidades y capacidades, con la participación de la sociedad.

En la vejez, la red social está dada por la presencia de los apoyos sociales que pueden provenir tanto de vías formales: instituciones gubernamentales y no gubernamentales, como informales: familia, amigos, vecinos y la comunidad. Redes sociales que brindan o que podrían brindar en caso de ser necesario apoyo emocional,

ayuda práctica, ayuda económica, compañía y consejo. Cada uno de los participantes de la red, juega un rol determinante en el intercambio y son parte de este proceso para la construcción del entramado social (Hurtado-Saa, Rosas-Vargas & Valdés-Cobos, 2013).

Desde la perspectiva de estado de bienestar se postula para todas las personas una vejez digna con apremio de jubilación suficiente, con accesos al sistema de salud y hospitales y con infraestructuras de asistencia psicológica y social para viejos impedidos y dependientes. Sin embargo, hay que señalar que México se encuentra todavía alejado de las características que definen al estado de bienestar, incluso de países que son considerados como rezagados en el marco de las democracias capitalistas avanzadas (OCDE, 2016).

El envejecimiento puede constituir un riesgo capaz de generar desventajas o debilidades no solo en personas y hogares sino en comunidades y naciones sobre todo en la medida en que no se encuentran preparados para enfrentar este estadio de transición demográfica; toda vez que un aumento de adultos mayores impone retos al sistema de salud o de asistencia social (Manrique-Espinoza et al., 2013). El plan de desarrollo social en el país ha puesto en marcha programas de ayuda a los adultos mayores que es recibida también por los hijos residentes con el adulto mayor formando de esta manera una red de reciprocidad (Pérez & Brenes, 2006). Estudios reportan que la mayor parte de la ayuda monetaria e instrumental que reciben los adultos en el país proviene de los familiares, y más aún de familiares que comparten la vivienda (Huenchuan & Rodríguez, 2014).

Por otra parte, la mayoría de los programas federales y estatales reconocen prioritariamente a la salud y el ingreso económico para este grupo etéreo. Sin embargo, no se observa la creación de espacios de participación activa y autogestión de los adultos mayores; o para establecer redes de apoyo social que permitan más allá de obtener un recurso económico, mantener y recuperar su equilibrio como grupo (Hurtado-Saa et al., 2013). Hacen falta, pues, espacios que permitan empezar a ver a los adultos mayores

como actores sociales, con capacidades y habilidades para ser transmitidas a otros. En tanto que los adultos mayores pongan al servicio de la comunidad estos saberes y prácticas, más serán valorados por los miembros de la comunidad de otras generaciones. Al mismo tiempo es necesario tener en cuenta las diversidades culturales y particularidades de esta población (Martínez et al., 2010).

### **Medicina alópata.**

En México la salud considerada como uno de los ejes transversales del bienestar poblacional ha mostrado una prioridad gubernamental, en la inversión económica y social de instituciones de salud pública, fundamentadas en el modelo biomédico. En una perspectiva biológica del cuerpo humano vista como una estructura anatómica con aspectos morfológicos y funcionales bien definidos. La enfermedad es considerada como una lesión morfológica y/o funcional, y el médico como el profesional técnico que repara de la enfermedad (Moreno, 2011).

La medicina desde este modelo se vuelve entonces el ritual técnico, que reduce la capacidad de autonomía de los individuos. Desde este punto de vista los profesionales de la salud, se limitan a inventariar y a perseguir los síntomas, ofreciendo a la gente atenuar su malestar. Si bien se reconoce su contribución a la salud y bienestar, su extensión hacia y el control sobre todos los aspectos de la vida, no sólo disminuye su propia efectividad, sino que medicalizados los individuos dejan de considerar como natural el hecho de caer enfermos y de curarse, de envejecer y morir (Llor, 2014).

“En nuestros días a uno no se lo lleva la muerte sino una enfermedad de la cual *hubiéramos podido ser salvados*, no se está bien de salud sino bien cuidados, bien preservados contra la infinidad de malestares cuyos signos no cesan de acecharnos” (Salvarezza, 1991). Estes y Binney (1998) señalan que “equiparar vejez con enfermedad ha llevado a la sociedad a pensar en el envejecimiento como patológico o anormal. Al etiquetarlo como enfermedad se transfiere esta condición a todos los que están envejeciendo, condicionando de esta manera las actitudes de las personas en sí mismas y



de los otros hacia ellos”.

Es un hecho que la medicina ha desarrollado ampliamente sus competencias y capacidades sobre el final de la vida como resultado se ha producido una fuerte biomedicalización del envejecimiento y de la vejez. Pareciera como que todos los problemas que ocurren en estas etapas son problemas médicos y que sólo tienen respuestas médicas (Boitte, 2001). En la época actual la práctica de la medicina presenta desafíos sin precedentes en prácticamente todas las culturas y sociedades; desafíos que se han manifestado entre las legítimas necesidades de los pacientes y que reclaman recursos para satisfacer esas necesidades. Sin duda la dependencia creciente de las fuerzas del mercado para transformar los sistemas de atención de salud y la de los médicos de mantener no sólo su compromiso personal con el bienestar del paciente sino también los esfuerzos colectivos por mejorar el sistema de salud para el bienestar de la sociedad, forman parte de estos desafíos (Durán-Arenas, Salinas-Escudero, Granados-García & Martínez-Valverde, 2012).

Otro aspecto a considerar es la percepción de los usuarios sobre la atención del profesional médico donde se ha criticado que es de pésima calidad, por ejemplo, se ha señalado que es común el maltrato y regaños a los clientes ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad, la falta de respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto (Hamui et al., 2013). Tales expresiones no sólo provienen de los grupos indígenas y campesinos, sino también de mujeres, ancianos, personas con orientaciones sexuales diferentes, pacientes con VIH-sida y con enfermedades mentales (Almaguer, Vargas & García, 2014).

La inmigración, también ha provocado desajuste entre los que brindan la atención y quienes la reciben a menudo causados por la presencia de barreras lingüísticas y por formas de interpretación culturalmente sesgadas de las enfermedades o de su tratamiento; dificultades que demandan atención de salud culturalmente competente (Artigas-Lelong & Bannasar-Veny, 2006).

Los aspectos mencionados terminan influyendo en el desapego a las indicaciones médicas, en el abandono de los tratamientos y en la resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, han llegado a la confrontación y al choque cultural (Cardós, Lillo, Rubio, Hernández & Mejías, 2016). Sucesos que atañen la necesidad de una comprensión de los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención y a su complejidad que afectan a la atención sanitaria y a la salud de las personas (Duana et al., 2012).

### **Medicina tradicional.**

Los grupos étnicos en el país, con diferencias socioculturales bien definidas se expresan de forma diferente en la cosmovisión, modo de vida, lenguaje y formas particulares de entender y abordar los problemas de salud-enfermedad y desarrollo. De tal forma, que, con fundamento en las diversas características de la multiculturalidad, el derecho a la igualdad ante la ley ha sido promovido para así lograr una relación de diálogo intercultural; al identificar los elementos jurídicos, éticos y políticos que definen y promueven la interrelación, la coexistencia y la ciudadanía “entre iguales”. En la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos (1917) se reconoce a la medicina tradicional como un derecho cultural de los pueblos indígenas.

Inclusive el Plan Nacional de Desarrollo 2013 -2018 sustenta la política intercultural dirigida a mejorar la calidad de los servicios, con la clara promoción de adecuaciones interculturales en la operación de los servicios de salud y en el diseño de los espacios de atención, para favorecer la sensibilidad cultural en una sociedad con características multiculturales como la nuestra. Con ello se propuso focalizar los cambios pertinentes para atender a cada persona usuaria de acuerdo a sus propias necesidades y percepciones culturales en relación a la salud y enfermedad, con la premisa de la adherencia a los tratamientos médicos, el aprovechamiento cabal de los servicios y su aceptación social.

En el año 2008 se realizó una reforma estructural a la Ley General de Salud y por

consecuencia, de la estructura total de la Secretaría de Salud, en este mismo año a partir de la creación del Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas (PROSANI) la Secretaría de Salud en el año 2010 definió temas y estrategias en donde señala: La necesidad de capacitación de los prestadores de los servicios de salud con perspectiva intercultural. Buscar la complementariedad entre la medicina tradicional con la medicina alópata. Promover la comunicación educativa en salud de acuerdo con las características socioculturales de cada grupo étnico (Almaguer et al., 2014).

Los anteriores señalamientos se realizaron tomando en cuenta que en los servicios de salud también se presentan diferencias en los programas educativos en salud, los cuales pueden estar fundamentados en el conocimiento occidental de la medicina alopática y el conocimiento tradicional o medicina herbolaria, o de forma mixta donde se asumen ambas, y a su vez incorporan diversas formas de medicina alternativa o complementaria. En este contexto, la medicina tradicional como todo saber médico, también ha evolucionado y se ha enriquecido con elementos de otras culturas, formando parte de la identidad y cohesión cultural de los diferentes pueblos, ahora llamada “tradicional”, porque forma parte de las tradiciones culturales y legados de cada región (Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud, 2013).

A través de los conocimientos de herbolaria de los “terapeutas tradicionales”, se han conocido los principios activos de innumerables medicamentos, lo que ha beneficiado a la medicina contemporánea. El término terapeutas tradicionales se refiere a personas que realizan actividades para curar o mantener la salud individual, familiar y comunitaria, enmarcados en la cosmovisión del sistema indígena tradicional aunque en cada pueblo reciben nombres diferentes “brujos, hechiceros, chamanes, curadores” términos frecuentemente cargados de prejuicios, imprecisiones y discriminación que no corresponden al sinnúmero de especialistas que existen en las diferentes culturas indígenas, a sus actividades concretas de trabajo y al significado que poseen para la población indígena (Almaguer et al., 2014).

La medicina tradicional es la concreción de un cúmulo de saberes en torno a la salud y enfermedad que los pueblos indígenas de nuestro país han acumulado y organizando a lo largo de milenios. De esta manera se ha estructurado y mantenido en los herederos de estos saberes, un sistema complejo de atención a la salud que configura un modelo causal propio centrado en el equilibrio corporal y en la fuerza vital de los individuos; procedimientos diagnósticos complejos que obedecen a la misma racionalidad; así como un conjunto amplio de procedimientos terapéuticos que pretenden la restauración del equilibrio perdido en la persona, así como con las fuerzas sociales, naturales y divinas en las que se mueve (Aguirre, 1963).

En los principales pueblos indígenas de la zona geográfica-cultural conocida como Mesoamérica la salud se entiende como un estado dinámico de equilibrio interno entre fuerzas frías y calientes que afectan el cuerpo, la mente y el espíritu, que devienen de un universo que posee una capa superior caliente y una parte inferior fría. Este equilibrio también depende del estado de armonía externa con los demás seres humanos, la naturaleza y el cosmos en general. Por ello, la enfermedad se entiende como la consecuencia de la ruptura de ese estado de equilibrio que es provocada tanto a nivel interno como externo por diversos elementos entre los que destaca lo frío y lo caliente, que pueden tener su origen en el cuerpo, la mente o el espíritu (SS, n. d). En la visión indígena mesoamericana se sabe que, así como producen vida, también pueden ocasionar la muerte. Todos los elementos de la naturaleza tienen sus “dueños” o divinidades protectoras. En zonas del sureste del país, todavía se habla de *chaneques*, *achanes*, *aluxes* o duendes (Aguirre, 1963).

Este sistema de atención a la salud, presenta coherencia lógica para interpretar las relaciones de los grupos humanos en sus actividades cotidianas, en el ámbito del trabajo, en la producción de sus satisfactores materiales, en sus actividades sociales, religiosas y de salud, completamente diferentes a las del sistema médico occidental autodenominado “científico”. Sin embargo, cabe considerar que este sistema de salud que se fortalece o

se debilita en la identidad cultural, ante los procesos de migración en todo el país, algunos grupos étnicos continúan orgullosos de su identidad en tanto que otros van sucumbiendo a las presiones de la modernidad, con la consiguiente pérdida de la lengua, valores, tradiciones y conocimientos (Almaguer et al., 2014).

De esta manera la medicina tradicional junto con la lengua, la religiosidad y el territorio forman parte de una manera sincrética de los componentes de la identidad cultural indígena, que pierden su significación y coherencia lógica al ser descontextualizados y segmentados.

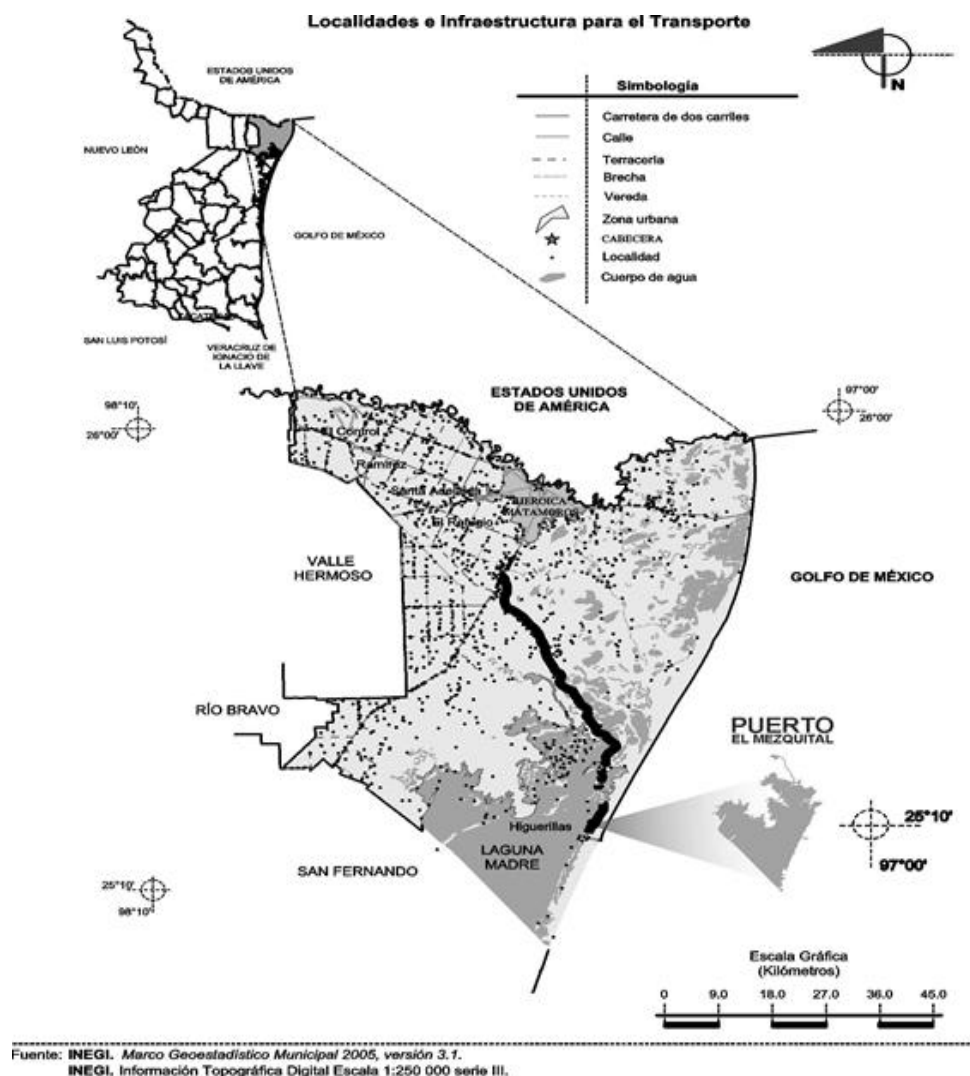
## **Contextualización y ubicación de la investigación**

### **Descripción geográfica**

El Puerto de Matamoros es conocido como Puerto El Mezquital localizado en el litoral del Golfo de México en el estado de Tamaulipas (Figura 2) a 84 kilómetros de la ciudad de H Matamoros. Según datos censales se estima que la comunidad pesquera de El Mezquital está conformada por 2 036 habitantes que provienen de diferentes estados del país; sin embargo, debido a la movilidad continua de los pobladores estos datos distan de la realidad. Puerto el Mezquital se encuentra situado estratégicamente respecto de los flujos de comercio internacional de México con Estados Unidos de América, ya que constituye el primer punto de acceso marítimo en esta frontera (Diario Oficial de la Federación [DOF], 1998).

Las coordenadas geográficas del Puerto el Mezquital de acuerdo al decreto de habilitación son 24°15'00" de latitud norte y 97°25'00" de longitud oeste, cubre una superficie de 339 ha, uno de los enclaves geográficos estratégicos más importantes de la región; su emplazamiento y extraordinarias características naturales han sido consideradas como factores clave de competitividad que aseguraría un inmediato éxito de ser explotados y servirían de base para sostener el crecimiento social y económico de la región costera en la que se encuentra. En este sentido el gobierno estatal ha puesto en marcha el plan de desarrollo portuario donde se plantea alcanzar los objetivos de consolidación, expansión y modernización en un horizonte de 25 años, lo que coloca al Puerto el Mezquital un enclave de desarrollo comercial, industrial, turístico y pesquero (Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018).

Figura 2. Ubicación Comunidad El Mezquital



*Figura 2* Puerto El Mezquital (actual Puerto Matamoros). El municipio de Matamoros está ubicado en la parte noreste del Estado de Tamaulipas, a  $25^{\circ} 52'$  de latitud norte y a  $97^{\circ} 30'$  de longitud oeste, con una altitud de 10 metros sobre el nivel del mar. Colinda al norte con los Estados Unidos de Norte América, separados por el límite internacional fijado por el Río Bravo; al sur con el municipio de San Fernando y la Laguna Madre; al este con el golfo de México y al oeste con los, municipios de Río Bravo y Valle Hermoso. Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos Matamoros, Tamaulipas. Clave geo-estadística 28022 (2009).

## **Comunicación**

La comunidad pesquera El Mezquital cuenta con comunicación terrestre, marítima, y aérea. Se puede llegar a ella partiendo del norte a sur desde la ciudad de H Matamoros, Tamaulipas a través de la carretera federal 180 Matamoros-Victoria cruzando el poblado El Galaneño, el aeropuerto internacional General Servando Canales, hasta llegar al lugar conocido como “El Pereño”, donde se encuentra el entronque que comunica hacia el este, con la carretera al Mezquital a una distancia de 70 km. Al continuar por esta carretera se encuentran los poblados El Caracol, La Lomita, La Misión, La Capilla, Las Higuierillas y una vereda que da acceso a la playa y conecta con El Puerto.

El transporte más utilizado por sus habitantes es el colectivo: “peseras”, aunque también cuentan con servicio privado de “taxis”. Otra manera en que consiguen movilizarse es a través de o de “rays” como ellos dicen para referirse al hecho de viajar con los que tienen carro o camioneta en la comunidad. Generalmente son conocidos, parientes o compradores. Los comerciantes que frecuentemente se dirigen o llevan la misma ruta destino y que no ameritan pagar por el traslado, prestan el servicio como un favor por parte del que provee el “rays” lo que se considera un gesto de solidaridad.

La comunicación marítima se realiza a través de la boca norte de la Laguna Madre y cuatro bocas centrales en su parte central: Boca Santa María, Boca San Rafael, Boca Ciega, Boca Sandoval que actualmente permite la navegación de embarcaciones menores de la marina mexicana y de los EE.UA y de pescadores que transitan en aguas de la Laguna Madre y la zona costera del Golfo de México; por otra parte es común por los habitantes de la comunidad utilizar sus lanchas a motor fuera de borda para trasladarse de un “campo” a otro. Se le llama campo al lugar en donde los habitantes de la comunidad se han asentado para construir sus viviendas con el principal fin de realizar sus actividades productivas; la superficie de estos campos es aproximadamente de una



hectárea y encuentran ubicados entre los límites de la carretera El Mezquital y las aguas de la Laguna Madre.

La Comunicación Aérea, el puerto Matamoros no cuenta con aeropista, sin embargo, en la Estación Naval Avanzada del Puerto de Matamoros (ENA-MAT) se cuenta con un área utilizada como helipuerto, dando la posibilidad de arribar a través del aeropuerto Internacional General Servando Canales que se encuentra en la ciudad de H Matamoros.

Los habitantes de la comunidad están comunicados mediante radio y televisión, cuenta con servicio de telefonía móvil, servicios de internet.

### **Actividad laboral y productiva**

La actividad pesquera es una de las principales actividades para el sustento de la población, otras actividades son el comercio, la construcción y el turismo. Otras prometedoras actividades productivas proyectadas en esta zona son la industria y la actividad petrolera. La agricultura y ganadería son también algunas actividades principales en la derrama económica de la comunidad. Por muchos años la comunidad el Mezquital estuvo despoblada. Hasta que unos pescadores provenientes de Veracruz por los años 60's incursionaron en la costa asentándose en pequeñas viviendas (E15). Estos pescadores contaban con pocos medios y recursos para la construcción de sus viviendas y para el desarrollo de la actividad pesquera, viviendo por mucho tiempo retirados de la cabecera de la ciudad como pequeñas rancherías (E13).

Actualmente un sector de la población de la comunidad El Mezquital todavía vive en los campos, en un hábitat disperso, concentrándose en pequeños núcleos de población llamados así "campos" ubicados a orillas del mar y alejados de la carretera principal, y si las condiciones climáticas lo permiten se puede llegar en automóvil hasta los pequeños núcleos rurales a través de caminos sin asfalto al que llaman "brechas" ya que las viviendas se encuentran dispersas debido a las características naturales propias de la zona costera. Antes de llegar al poblado, un visitante podrá disfrutar a lo largo del

camino de sembradíos de sorgo y la presencia de los tan preciados árboles de mezquite propios de esta zona, así como un hermoso paisaje de las tranquilas aguas de la Laguna Madre. También es sin duda agradable disfrutar la presencia de algunos pequeños rebaños de vacas, cabras y caballos que ocasionalmente arriban a la carretera.

### **Condiciones de la vivienda**

En la construcción de las viviendas en esta comunidad se emplean láminas galvanizadas, cartón, madera y bloques de concreto; algunas tienen piso de tierra, otras con piso de madera, o cemento y pocas con recubrimientos de vitropiso. Es posible ver viviendas independientes de tamaños variados. Las pequeñas tienen un tamaño de unos cuatro metros cuadrados. Las grandes o muy grandes pueden contar con doscientos metros de construcción en “campos” que miden de media a una hectárea.

Las viviendas que constan de una sola habitación denotan condiciones de hacinamiento; no se cuenta con un sistema de drenaje conectado a la red pública: en general cuentan con letrinas o fosas sépticas. Las letrinas son pequeñas, construidas de madera con techo de cartón negro, algunas para mantener la privacidad de los usuarios cuentan con puerta y en otras tienen colocada una cortina de lona o de tela; en algunas viviendas las letrinas se encuentran ubicadas a una distancia menor a diez metros de la construcción principal. El olor en ocasiones es intenso y en algunos casos las excretas son visibles. Hay sectores donde no se cuenta con agua entubada por lo que tienen que ser abastecidos con pipas de agua que van desde la comunidad de Matamoros, otras veces se abastecen de las piletas públicas. Algunos habitantes también almacenan agua de lluvia para uso doméstico, mientras que para su ingesta las familias invierten una gran parte de su ingreso económico en la compra de agua purificada. La carencia de estos servicios, aumentan el riesgo de contraer enfermedades transmisibles, principalmente las gastrointestinales en las personas que comparten este espacio.

La mayoría de las viviendas ahora cuentan con luz eléctrica. Contar con red eléctrica ha sido uno de los mayores beneficios que los pobladores han vivido según lo

expresan. La electrificación les ha permitido participar en los sistemas modernos de comunicación, el uso de aparatos eléctricos en general. Ahora, las viviendas que no cuentan con servicio de electricidad representan una minoría, las cuales cubren sus necesidades de iluminación con convertidores de luz con “plantas eléctricas”, paneles solares, lámparas de gas, “bombillas”, y candiles de petróleo elaborados en casa.

Los habitantes de la comunidad unifican sus esfuerzos para lograr que todas las viviendas cuenten con este servicio. En segundo lugar, han sido importantes las mejoras en el acceso terrestre. Los avances realizados en el proyecto de reestructuración de la carretera El Mezquital han favorecido la comunicación y el comercio de esta comunidad con las comunidades aledañas. Esto representa para los habitantes una mayor actividad productiva, ampliar sus rutas de mercadeo y oportunidad de ingreso económico.

En cuanto a la habitabilidad de las viviendas se puede observar mayor precariedad y vulnerabilidad en la población que reside en viviendas sin drenaje sanitario, energía eléctrica, agua entubada. Estas viviendas distan de ser confortables y decorosa, se observa vulnerabilidad a las condiciones climáticas de la zona, con implicaciones de riesgos para la salud de la familia y sus integrantes.

### **Justificación**

El Puerto el Mezquital forma parte de una región con potencial de desarrollo comercial, industrial, turístico y pesquero ya que constituye el primer punto de acceso marítimo en esta frontera. La región costera en la que se encuentra ha sido considerada como una de las principales zonas de atracción de migrantes que llegan con la intención de reunirse con familiares o de trabajar y que se establecen de forma temporal o permanente en la actividad pesquera.

El asentamiento creciente de migrantes se inicia por períodos estacionales, como una migración transitoria, para ir transformándose paulatinamente en población permanente con sus costumbres, sus tradiciones, valores, creencias y su visión del mundo, de la vida, de la muerte, así como del proceso salud-enfermedad. Que, si bien se

reconoce al migrante como una persona sana, su permanencia en el nuevo contexto se inscribe a procesos de salud- enfermedad. Es aquí que se propone analizar *los aspectos socio demográfico de la zona para obtener una imagen clara de este espacio* y de los factores culturales que afectan los procesos salud enfermedad de tal manera que sea posible generar un conocimiento genérico y específico. Las experiencias de esta población particular en términos de sus prácticas de cuidado a la salud, es necesario para incidir en programas de gestión, planificación y provisión de cuidados culturalmente congruentes, y prácticas sanitarias a las necesidades de la sociedad contemporánea.

#### Pregunta de Investigación

En ese sentido la pregunta es ¿Cuáles son las prácticas de cuidado utilizadas por los adultos mayores migrantes para conservar o mejorar su salud?

#### Objetivos del estudio

Describir el cuidado a la salud de adultos mayores migrantes El Mezquital, Matamoros México.

#### Objetivos Específicos.

1. Analizar las prácticas de cuidado de salud de los adultos mayores vinculados a sus tradiciones familiares y el entorno donde viven.
2. Aportar evidencias para comprender las implicaciones de la perspectiva cultural en las prácticas de cuidado a la salud de adultos mayores migrantes.

#### Definición de términos

Para este estudio se considera:

#### Cuidado de salud.

Son los valores, las creencias expresadas en modos de vida de los adultos mayores migrantes para conservar el bienestar y la salud o para afrontar la enfermedad.

#### Prácticas de cuidado.

Son las acciones que realizan los adultos mayores migrantes para mantener, conservar, modificar la salud; desde los puntos de vista personal y cultural, es decir, tal

como los entienden y aplican.

## Capítulo II

### Metodología

El presente capítulo tiene como propósito describir la estrategia metodológica que se desarrolla en esta investigación con el objetivo de presentar una etnografía de la salud de adultos mayores migrantes del Puerto el Mezquital, desde la perspectiva de enfermería transcultural de Leininger (1991). La descripción de esta estrategia metodológica se realiza a través de varios temas, primero se presenta el diseño del estudio y las cuatro etapas a aplicar: inserción al campo de estudio, ubicación de participantes, recolección y análisis de la información. Enseguida se describen las estrategias e instrumentos a utilizar en esta investigación.

#### Diseño de estudio

Se aplicó metodología cualitativa, el método etnográfico para documentar el cuidado a la salud de adultos mayores migrantes, en el contexto cultural natural de El Mezquital con la intención de comprender la perspectiva *emic* del sujeto de estudio (Leininger, 1991; Spector, 2002). La parte fundamental de este método es el trabajo de campo a través del cual se produce información por medio de las técnicas de: observación participante y entrevistas abiertas (Guber, 2011). Su relevancia data en el hecho de que permite ver aspectos subjetivos difíciles de cuantificar o de medir objetivamente. La etnografía descriptiva se centra en la descripción de culturas o grupos; este método permite dar cuenta de la inserción en el campo de estudio, ubicación de los participantes, recolección, organización y análisis de los datos que guían los objetivos (Boyle, 1994).

#### Población del estudio

La población estuvo conformada por 15 adultos mayores de 60 años de la comunidad El Mezquital en H Matamoros, Tamaulipas. Además, se identificaron previamente informantes claves a fin de obtener información de la comunidad y principalmente de participantes potenciales. Tales informantes se describen más

adelante, así como la forma en que se les contactó. El valor y el poder de la muestra en este estudio depende de su capacidad de mostrar la diversidad del hecho de interés; el criterio utilizado para la selección de la información fue la riqueza de contenido y de significado con respecto a la pregunta de investigación.

### **Aspectos éticos**

El proyecto de investigación atendió lo dispuesto en La Ley General de Salud (1987), reglamentario párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: se consideró el Título Segundo: aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Del Artículo 14, Fracción V, VII, VIII se obtuvo consentimiento informado de los participantes (Apéndice B). Se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación y el otro resguardado por el investigador.

Se solicitó la aprobación de las comisiones de Investigación y de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Apéndice C). Se llevó a cabo la investigación cuando se obtuvo la autorización del titular de los representantes de la institución de atención a la salud y de la comunidad (Apéndice D).

Artículo 16. Se protegió la privacidad del participante no vinculando la información que proporcionaba con su identidad. En este estudio se habló a los participantes con respeto por señor, señora, se buscó que estuviera cómodo y las entrevistas se llevaron a cabo el día, hora y lugar que mejor convenía a cada participante.

Artículo 17 Fracción II. Se considera la realización de una investigación sin riesgo ya que los estudios etnográficos emplean técnicas y métodos de investigación documental en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Sin embargo, en la conversación no se presentaron recuerdos negativos de su migración que alteraron al participante,

Artículo 21, Fracción I, II, VI, VII, VIII y IX. Se le proporcionó una explicación

clara y completa del objetivo del estudio, que se llevarían a cabo al menos dos entrevistas en las que se le solicitaría narrar sobre su salud. Se les explicó el procedimiento para obtener información y se proporcionó respuesta a las dudas o preguntas que tenían sobre el estudio.

Al participante se le dio a conocer que tenía la libertad de retirar su consentimiento a continuar participando en cualquier momento, sin que ello presentase alguna alteración en su relación con el centro de salud. Para mantener su seguridad y confidencialidad las entrevistas fueron codificadas, además se estableció el compromiso de proporcionarle información obtenida al finalizar el estudio.

### **Rigor metodológico**

Dada la naturaleza particular de la investigación etnográfica y la complejidad de la realidad estudiada, existen algunos criterios que permiten evaluar el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos y son: la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad (Castillo & Vásquez, 2003). Para alcanzar un buen nivel de fiabilidad externa fue importante centrarse en la interacción entre el investigador y los informantes clave en el contexto en el que ocurrían los hechos, precisar los métodos de recolección de la información, y de su análisis. Se usaron categorías descriptivas lo más concretas y precisas posibles a la realidad observada con la participación de informantes claves, auxiliares de salud, enfermera coordinadora de los comités de salud, así como el trabajo de equipo con investigadores experimentados conocedores del fenómeno de estudio.

Se utilizaron los medios técnicos disponibles para conservar evidencia de la realidad presenciada, grabaciones de audio, fotografías previo consentimiento de los participantes, para asegurarse de que lo visto o registrado por el investigador coincidiera con lo que ven o dicen los sujetos del grupo estudiado.

Para dar cumplimiento al criterio de *credibilidad*: En este estudio la descripción de la observación y de las entrevistas se cotejaron con el participante, mediante la



triangulación de la información (observación, categorías e informantes clave). Al finalizar la entrevista se permitió al adulto mayor participante escuchar parte de la grabación, se agradeció por la información proporcionada enfatizando la importancia de este proceso para conocer y aprender sobre sus prácticas para cuidar o mantener su salud.

Para atender el criterio de *confirmabilidad* se realizó un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador tuvo en relación con el estudio. Así mismo se consideró la posibilidad de realizar nuevas entrevistas con el propósito de obtener la mayor información posible sobre el tema de estudio y la posibilidad de *transferibilidad* de los resultados del estudio a otras poblaciones. Hecho que resultó satisfactorio para la investigadora ya que los adultos mayores expresaron sentirse complacidos de ser invitados y con su participación contribuir en el estudio, a lo que expresaron “apreciamos toda la ayuda que se nos brinda como adultos mayores y pobladores del mezquital, pero no siempre resulta de gran valor lo que nos obligan a recibir, sino lo que nosotros podemos dar y *permitirnos hablar, expresar lo que sentimos y darnos a conocer para dejar de ser los marginados, como se dice en las novelas de televisión o en los noticieros*”.

## **Etapas**

### **Primer visita y sondeo a las comunidades factibles para estudiar.**

Como ya se señaló antes, este estudio se llevó a cabo en la comunidad pesquera el Mezquital ubicado a 84 Km. de Matamoros, al norte de la Laguna Madre, por ser considerada un área de atracción de migrantes de origen pesquero y que son fácilmente ubicados territorialmente. El periodo de estudio en el cual se visitó la comunidad fue de enero, 2016 a abril, 2017, posterior a la aprobación de las comisiones de Investigación y de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León FAEN-UANL Registro: D-1212. Se hicieron aproximadamente cinco visitas en horarios de 9 de la mañana a 4 de tarde tanto a delegados representantes de “El Puerto” como a

las comunidades “La Capilla”, “Mano de León”, e “Higuerillas” ver figura 2. Previo a las visitas a las comunidades se tuvo contacto con personas que trabajan en instituciones federales y municipales de salud de Matamoros, tales como los directivos de los Centro de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Núm. 3 y del Hospital Ejidal, así como con la Coordinadora del programa de promotores y auxiliares de salud correspondiente al sector ejidal en el municipio. Sus comentarios proporcionaron información general del contexto y de cada una de las comunidades, lo que fue útil para la toma de decisiones sobre cuál o cuáles serían finalmente las comunidades estudiadas.

Figura 3 Situación de El Puerto, Mano de León



*Figura 3.* Mapa de situación de las comunidades de estudio Mano de León y El Puerto. Elaboración propia basada en Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos Matamoros, Tamaulipas. Clave geo-estadística 28022 (2009).

Las cuatro comunidades mencionadas previamente pertenecen a la comunidad El

Mezquital y por tanto inicialmente se pensó elegirlas a todas como objeto de estudio, sin embargo, no fue posible incluir a La Capilla e Higuerillas primero por limitaciones de tiempo para llevar a cabo este proyecto y segundo de viabilidad debido a las actividades de reconstrucción de la carretera El Mezquital. Por lo que se consideró con las autoridades de dichos sectores continuar el proyecto de investigación a corto plazo. De esta manera se consideraron los resultados de las comunidades Mano de León y el Puerto.

Las visitas y entrevistas en El Mezquital se hicieron primeramente a los informantes clave de la comunidad, a saber, dos promotoras de salud que contaban con el apoyo de diez auxiliares de salud todas ellas mujeres jefas de familia que vivían en la comunidad, así como de los delegados representante de cada comunidad.

Previamente a la selección del sitio de estudio se habían tenido visitas para sondear qué tan accesible sería la población y qué tanta disponibilidad tendría para atender el estudio. Durante este tiempo el recorrido por la comunidad permitió la aproximación casual con algunos habitantes que compartieron sus vivencias y experiencias cotidianas. El primer contacto constituyó, a todas luces, una actividad y tarea compleja, asumir el rol de observador participante dentro de la familia y la comunidad en escenarios con los cuales, la que escribe tienen un sentido de pertenencia por ser visitante más o menos regular desde 1980.

En este primer acercamiento se generó una gama de actividades y propuestas creativas que dieron paso a la apreciación de la construcción y conformación de la comunidad. Fue posible entonces escudriñar espacios nuevos y al mismo tiempo los más conocidos. La relación directa con los diferentes integrantes de la comunidad y su entorno, fue apreciado personalmente como una invitación para reconocer a quien transita la vida a nuestro lado.

En cuanto al segundo periodo se siguió la metodología etnográfica para lo cual el investigador principal se alojó en casa de uno de los miembros de la comunidad con el objeto de iniciar la recolección de datos en el propio lugar de origen de los participantes

retomando su diario vivir (Malinowski, 1973). Enseguida se buscó a la auxiliar de salud y al delegado de la comunidad, ambos reconocidos en la comunidad como autoridades y representantes de la misma. A ellos se les dio a conocer el propósito investigativo y se obtuvo autorización del titular de jurisdicción sanitaria correspondiente al Mezquital.

La auxiliar de salud amablemente se comprometió a acudir a la vivienda de los adultos mayores, explicar el propósito del estudio y llenar con ellos la cédula de datos que había sido diseñada para este fin. Esta cédula se aplicó a todos los adultos mayores que aceptaron participar en el estudio, registrando en ella las fechas y horario para las entrevistas por el investigador principal.

Para la localización e introducción de los participantes con la investigadora principal, la auxiliar de salud la acompañaba hasta la vivienda del adulto mayor el día acordado y permanecía por algunos minutos antes de que se desarrollara la entrevista propiamente interviniendo ocasionalmente para ayudar a la comunicación entre el investigador y el participante.

Los participantes del estudio fueron adultos mayores que podían comunicarse, orientados en tiempo, lugar y persona lo cual se verificó con preguntas sobre el día (mañana, mediodía o tarde); nombre de la comunidad donde se hace la entrevista y su nombre. Para la selección de participantes se consideraron aquellos que se encontraban involucrados en las actividades colectivas que se realizan en la comunidad, que pudieron comunicar información pertinente desde su perspectiva de actor de los hechos o situaciones relacionadas al tema de estudio, así como la disponibilidad de tiempo para interactuar con el investigador.

Para describir a los participantes se utilizó la información de la cédula de datos demográficos (Apéndice A) en donde se registró la edad, fecha de nacimiento, años de escolaridad, género, estado marital, identificación en algún grupo étnico, lugar de procedencia, tiempo de radicar en El Mezquital, religión, familia, el tipo de trabajo que realizaba en su lugar de origen y el que realiza actualmente y finalmente datos sobre su

morbilidad.

Mediante observación participante se describe el entorno donde viven los participantes incluyendo características de la vivienda y miembros del hogar. Se asignó un código de identificación a la cédula de datos del participante que coincida con el código asignado a las entrevistas del mismo participante.

### **Recolección de información.**

Se empleó observación participante y entrevista abierta como técnicas de recolección de la información, grabadora de voz para las grabaciones de las entrevistas y los registros en diarios de campo.

El método de observación participante consiste en un proceso de aprendizaje a través de la exposición con la comunidad y el involucrarse en el día a día en las actividades cotidianas de los participantes en el escenario natural; así este método permitió aportar datos de la realidad observada por el investigador quien se mantuvo alerta a las claves que fue captando, como gestos, ademanes, a fin de obtener un conocimiento significativo, profundo y cada vez más completo de la realidad observada y a su vez tomando parte en la vida de la comunidad al tiempo que ésta es estudiada.

*Observación Participante:* El proceso de observación se enfocó en el área geográfica y características de la comunidad; en la vivienda se observaron características de la vivienda, ubicación espacial del adulto dentro de la casa. Respecto al participante se observó su presentación personal, personas que lo acompañan, objetos utilizados para proporcionar cuidado, la dinámica cotidiana de la vida de las personas para mantener o conservar su salud.

Todo ello se describió tan pronto se observaba en el diario de campo que se llevó durante todo el proceso investigativo, y se transcribió en la computadora día a día, para su análisis. Las páginas del diario de campo contenían el título del proyecto de investigación, la fecha, el objetivo y la participación detallada de la observación participante o de la entrevista realizada. En el diario de campo se registraron ideas,

emociones y sentimientos, registros de datos del lenguaje verbal y no verbal de los participantes y análisis sobre situaciones específicas de vida que permitieron establecer relación con la comunidad y aprender a actuar al punto de mezclarse con la comunidad de forma que sus miembros actuarán de forma natural y poder sumergirse en los datos para comprender lo que estaba ocurriendo.

*Entrevista abierta o etnográfica:* se centró en las prácticas de cuidado de la salud de los adultos mayores migrantes tomando nota de sus creencias y valores culturales con el objetivo de captar la percepción del entrevistado. La entrevista fue de carácter individual, holística y no directiva porque se llevó a cabo con un participante a la vez, abarcando de forma amplia el tema de investigación, permitiendo que aparecieran las diversidades culturales de las prácticas de cuidado cultural. Antes de iniciar cada entrevista se informó al participante cuál era el objetivo y que se respetaría la confidencialidad de la información que él/ella proporcionaba. Se emplearon preguntas abiertas que permitían identificar y ampliar la información sobre prácticas de cuidado a la salud de los adultos mayores y que permitía su libertad de expresión. Se emplearon algunas preguntas generales y amplias como:

Platíqueme de su vida aquí

Cómo era su vida en su ciudad natal

Hábleme de su salud

Cómo cuida usted su salud

Qué hace cuando se siente mal

Al finalizar las entrevistas se agradeció a cada participante por la información proporcionada, y se informó sobre el proceso de análisis. Para la selección de la información: se consideraron dos criterios, el primero fue la *pertinencia*: ésta se expresó en la acción de sólo tomar en cuenta aquello que efectivamente se relaciona con el tema de investigación, lo que permite además incorporar elementos emergentes. El segundo criterio fue de *relevancia*: lo que se develó ya sea por recurrencia o por su asertividad en

relación con el tema.

### **Análisis de la información.**

Una vez obtenida la información como observador participante, en el diario de campo y grabaciones de las entrevistas con los adultos mayores, la lectura repetida y juiciosa permitió familiarizarse con la información obtenida e iniciar un proceso de análisis inductivo. El análisis se realizó durante todo el proceso de recolección de información utilizando cuatro fases (ver Tabla 1). Se pidió la colaboración de los sujetos informantes clave para confirmar la objetividad de las notas o apuntes de campo. Esto se hacía de la siguiente manera: hacia el final de la etapa de periodo de campo se dedicaba la última visita al hogar del participante para hacerle preguntas sobre algún aspecto sobre el cual tenía dudas y donde mis propias notas me habían generado confusión, así que la visita tenía la intención de comprender mejor sus relatos y dar voz a los participantes.

Tabla 1

Proceso de análisis de datos

Fase	Actividad
Fase I	Colección, descripción y documentación de los datos
Fase II	Identificación de categorías y descriptores de los datos
Fase III	Análisis de categorías y saturación de datos
Fase IV	Síntesis e interpretación de resultados

Adaptado de Leininger M, McFarland M. Culture care diversity and universality. A worldwide nursing theory. 2ed. Jones Publisher: Canadá Bartlett; 2006.

1. Durante la primera fase se documentaron los datos obtenidos de observación

participante y notas del diario de campo, transcripción de las entrevistas y organización de la información obtenida en archivos para cada uno de los participantes en medio magnético.

2. En la segunda fase se identificaron categorías y descriptores que las representan sobre las prácticas de cuidado cultural.
3. En la tercera fase se analizaron los patrones recurrentes de significados similares y/o diferentes, expresiones, interpretaciones y explicación de cuidado a la salud de los adultos mayores migrantes a partir de los descriptores conservando su significado contextual, validando la información con los informantes clave.
4. En la cuarta fase se presentan los temas principales relacionados con la salud y prácticas de cuidado cultural de los adultos mayores migrantes.



## **Capítulo III**

### **Resultados**

En este capítulo se presentan los principales resultados relacionados con cuidados de salud de adultos mayores inmigrantes en El Mezquital en palabras de los propios actores. Los hallazgos que se presentan emergieron del análisis de los datos recabados en la fase de trabajo de campo; se presentan en dos secciones, primero una que se refiere a quienes son los adultos mayores que participaron en esta investigación, para luego describir los procesos salud-enfermedad y posteriormente se exponen los resultados de los temas relacionados a prácticas de cuidado.

Los resultados presentados se espera sean una herramienta de consulta para los profesionales de los servicios de salud, ya que describe a un grupo de población vulnerable como es el caso de adultos mayores inmigrantes en la comunidad pesquera El Mezquital, con la intención de que puedan ser comprendidos desde el punto de vista de quienes están implicados en proporcionarles cuidados congruentes y significativos para ellos, tomar en cuenta que cuando demanden servicios de atención por parte de enfermería no sea visto como un problema, sino como un reto que hay que asumir como profesionales sanitarios para dar respuesta a sus necesidades.

#### **Descripción de la muestra**

En esta primera parte se consideran aquellos atributos de los participantes que resultan de interés para reconocerlos como conjunto, tanto en lo que se refiere a sus cualidades personales, como a factores relacionados con el tema de estudio.

Como se comenta en sección metodológica previo a la conformación de la muestra se realizó una serie de actividades en campo para aproximarse a la población. La muestra quedó constituida como sigue: se entrevistaron ocho mujeres y siete hombres, la media de edad fue de 69 años. Se revisó lo correspondiente a la escolaridad de los participantes, entendida como el nivel máximo alcanzado, independiente de si había obtenido o no certificado, ello se concentró en el nivel primaria. De ellos nueve

participantes reportaron no saber leer y escribir ver Tabla 2.

Tabla 2

Características socio demográficas de la población de estudio

Características	Masculino (n=7)	Femenino (n=8)
Entidad de Origen		
Veracruz		
Papantla	5	6
Zamora		1
Catemaco	1	
Tamiagua	1	
Hidalgo		
Canalí		1
Familia		
Viven con familia	5	8
Sin familia	2	
Vive con pareja	4	4
Vive sin Pareja	3	4
Religión		
Católica	3	4
Cristiana	2	4
Chaman	2	

*Nota:* Elaborada a partir de los datos obtenidos en la entrevista  $n = 15$

Durante la entrevista se les preguntó si contaban con su familia o familiares. Trece de ellos contaban con familia extensa y dos unipersonal, el tiempo que los participantes tienen viviendo en esta comunidad estuvo en un rango de 6 a 34 años. De los 15 adultos mayores entrevistados cinco se autodenominan indígenas, todos hablan español y 6 de ellos además hablan la lengua totonaca.

Con respecto a los hallazgos de este estudio, resultó que entre las características más sobresalientes los participantes provenían mayormente de la entidad de Veracruz, y el diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) era el más generalizado. Tener en cuenta el lugar de procedencia tenía como propósito evidenciar aspectos de la cultura del cuidado de la salud de los adultos mayores en esta comunidad.

## **Salud**

La salud se relaciona con estado de bienestar que se define culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente (Leininger, 1991).

Las maneras de promover y preservar la salud de las personas, las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen influyen en gran medida en la manera en que enferma. Para definir salud se les preguntó a los adultos mayores qué significa la salud para ellos. Al analizar la información, se observaron dimensiones relacionadas con las necesidades fisiológicas, necesidades de mantenimiento, mantenimiento y conservación, necesidad de desplazamiento e interacción, necesidades de contribución y participación productiva.

La salud fue descrita por los adultos mayores como la capacidad física de “sentirse bien” y “estar bien” para realizar actividades sustanciales al mantenimiento y conservación de la vida. En esta etapa de la vida tales actividades son desde las más elementales como las necesidades fisiológicas de comer, respirar, caminar, como las de eliminación urinaria e intestinal y las actividades relacionadas al aseo y arreglo personal. Es importante para el adulto mayor también mantener y conservar el vigor y la fuerza

corporal suficiente y de no ser suficiente por lo menos la necesaria para resolver las situaciones que se presentan en la vida cotidiana.

Algunas de estas necesidades son las de desplazamiento es decir implica que la persona mayor pueda por ella misma o con la menor ayuda posible desplazarse dentro y fuera de la vivienda. Las actividades que los adultos mayores refirieron fueron contribución en la vivienda al corte de hierba en el jardín con las manos o con un machete, barrer el patio, participar en actividades colectivas dirigidas a la limpieza y forestación del lugar en donde él o ella vive [en este caso la laguna], actividades con o sin remuneración que el adulto mayor puede realizar satisfactoriamente, que le ayuda a estar bien y que representan una contribución en la economía familiar.

El estado de bienestar de este grupo, adultos mayores está condicionado por un continuo intercambio con el entorno. Vivir en la orilla de la laguna le permite mantenerse en contacto con un ambiente natural y desarrollar actividades propias de la zona costera como es pescar, despicar camarón y jaiba, filetear pescado; actividades de las que obtiene además su sustento económico.

De acuerdo a los participantes estas experiencias les aportan un estado de completo bienestar a la salud mental y física. Tener esta práctica diaria les permite sentir que tienen un rendimiento óptimo dentro de la capacidad física que poseen las personas dado que les permite relacionarse entre sí e interactuar con el lugar que les rodea. Su adaptación constante al medio, expresado como el equilibrio entre la forma y la función del cuerpo en esta etapa de la vida empata con lo que se espera de ellos dentro de la comunidad.

Por otra parte, los adultos mayores también se refirieron a salud como al suceso de tener vida “si no hay salud no hay vida” (E14); se habló de la salud como el hecho de que “Dios esté en tu corazón para hacer lo bueno y dejar lo que te hace mal” (E3). En este sentido la salud se interpreta como la medida en que la persona puede vivir en equilibrio entre lo que piensa y siente, y con la satisfacción de sus necesidades vitales y

espirituales. En la salud también se muestran las aspiraciones personales al “sentirse alegre, feliz, de buen ánimo, y contar con la familia”, la salud también fue señalada así “es como el dinero, es primero, siempre te hace falta” (E3), una dimensión económica explícita por uno de los participantes e implícita en todos los participantes. Los adultos mayores definieron su salud como el modo en que las personas viven, trabajan y envejecen, influye en gran medida en el bienestar.

### **Enfermedad**

Para describir la enfermedad se les preguntó a los participantes qué significaba la enfermedad para ellos. Al ponderar las respuestas los adultos mayores describieron enfermedad como algo que ocasiona malestar y que no siempre se puede externar “la debilidad, el calor corporal, el temblor, estar borracho de la cabeza” (E15), es algo que la persona siente, y ese “algo” al aumentar o “hacerse más fuerte” hasta superar y agotar toda la fuerza del cuerpo de la persona y cuando esto sucede, la persona no solo pierde la fuerza, también pierde la seguridad y la confianza para realizar actividades cotidianas; la persona enferma puede sentir que ya no tiene fuerzas para mantenerse en pie, para estar sentado, o para permanecer acostado por ejemplo “la tos me daba tan fuerte que me mareaba y ahí quedaba tirada” (E7), “Me sentía tan mal que no podía levantarme de la cama” (E3).

Los adultos mayores también señalan que la enfermedad se presenta de diversas formas: En su opinión hay enfermedades que en ocasiones no se pueden ver “la tristeza, la soledad; el abatimiento, las brujerías” (E14); mientras que otras enfermedades si se pueden ver en el cuerpo de la persona b) los abscesos, tumores, lesiones cutáneas, hernia umbilical; c) La enfermedad causada por lo que la persona consume: como el alcoholismo, el tabaco, las drogas, el colesterol; d) La enfermedad causada por el ambiente como las infecciones “cuando hay marea roja la gente se enferma de la gripe, la diarrea, de la piel” (E11); e) los adultos mayores consideran que existe la enfermedad de la familia que se presenta por el abandono, la falta de apoyo y el duelo.

Los adultos mayores también reconocen que la enfermedad además de representar una pérdida de bienestar, también tiene un efecto en la economía de la familia; la enfermedad representa una gran pérdida de dinero “tienes que hacer algo, gastar dinero cuando estás enfermo o ahorrar dinero para cuando hay enfermedad” (E3), “cuando estás enfermo no puedes trabajar y tus hijos o familiares también pierden en su trabajo y para cuidarte, todo cuesta” (E7).

Algunas enfermedades o problemas de salud que presentaban los adultos mayores de la comunidad y que habían sido diagnosticadas clínicamente fueron: DM2, hipertensión arterial (HTA), colesterol, osteoporosis, dolor muscular, micosis. Afecciones que siguiendo el curso natural de la enfermedad por ejemplo antes de ser diagnosticado con DM2: la persona empezó a percibir y experimentar cambios relacionados con la pérdida de vigor, cansancio, desgano para levantarse o hacer algo, pérdida de gusto por los alimentos, sed intensa, muchas ganas de ir al baño para orinar.

Algunos adultos mayores lo atribuían a emociones como “un susto, un coraje” tener “mal de orín” (E1). Otros adultos mayores por su parte no lo consideraron enfermedad grave ya que solo sentían malestar en la vista como visión borrosa o empañada y en ocasiones destellos de luz sobre los objetos, que relacionaron con su vejez y con intensidad de luz solar aumentada.

Los adultos mayores coincidieron en que tener diabetes, alta presión y algunas otras enfermedades a menudo se presentan en la persona después de un susto o espanto “por algo que la persona ve” ((E11) como un “fantasma” (E15) un evento natural como “un tornado” (E1, 2), de un coraje y algunas veces por “hechizos, brujerías” (E9, 14) por ejemplo:

“Me espanté, porque me andaba aplastando un carro. Me llevaron al hospital, y de ahí agarré el azúcar. Yo no tenía azúcar, antes de esto yo andaba bien; el doctor nunca me había dicho que yo tenía azúcar hasta ese día que me paso eso ahí en el hospital los doctores dijeron que se me

había subido el azúcar” (E3).

“Nos dio el azúcar [refiriéndose a ella y su esposo], después del susto que pasamos con el tornado que pasó después de 1998 o 1999, estuvo muy feo el viento se llevó casi toda la casa y sí nos asustamos porque nunca habíamos visto eso” (E1, E2).

“La enfermedad viene de un susto o de un coraje porque uno siente como el cuerpo le cambia, y si tomas medicamento para sentirte bien, pero no te curas con eso, por eso uno tiene que cuidarse no nada más con medicamento, sino también con lo que haces, ...con lo que comes, y, pedir a Dios” .... (E1, 2, 3, 4, 8, 12, 15).

En cuanto a los adultos mayores que habían sido diagnosticados con HTA y colesterol, estos expresaron haber sentido dolor de cabeza haberse sentido “borracho de la cabeza” *mareo*, y *dificultad para dormir* “se me iba el sueño” (E15), “sentía el cuerpo más pesado, sin ganas para hacer las cosas que se realizan de manera cotidiana” (E11, 13). Para el caso de una mujer que recibió el diagnóstico de osteoporosis, este se presentó como un hallazgo, ya que fue realizado cuando la adulta mayor acompañó a consulta médica a un miembro de su familia, y aprovechando el momento de consulta le pidió al médico una orden para estudios de la sangre “para ver como andaba” (E6) y de acuerdo a los resultados y la valoración clínica se le diagnosticó osteoporosis.

Los adultos mayores también reportaron haber presentado dolor muscular crónico en espalda, y en las *pantorrillas* que fueron considerados como malestares comunes en las personas y que a menudo se encuentran relacionados con lo que las personas hacen en el trabajo, como es el hecho de cargar cosas pesadas, movimiento repetidos como “cucharear”<sup>1</sup>, es decir la posición del cuerpo para realizar “algo” “como

---

<sup>1</sup> Es el acto de introducir una cuchara de red en el agua para pescar camarón, esta acción puede realizarse en un minuto. La persona puede cucharear hasta 50 veces por hora. Esta actividad es realizada durante la noche en un rango de tiempo de 3 a 12 horas

estar sentado o parado mucho tiempo, o cuando te estiras de más o estas mal parado al realizar algo” (E9); en estas afecciones el malestar puede empezar poco a poco hasta hacerse fuerte y “tumbarte”, o puede empezar fuerte. Estos son dolores que vienen y van, no sabes cuándo te va a dar o cuándo se te va a quitar, por ejemplo “cuando cambia el clima, cuando va a llover, cuando entra el norte me duele la pantorrilla” (E11).

En la mayoría de los participantes se observó micosis en las uñas de las manos y de los pies, reconocido como algo común en esas zonas; durante el tiempo en que se realizó el trabajo de campo se pudieron observar en la comunidad dos casos especiales: en el primer caso el participante presentó daño severo en las uñas de ambas manos, las cuales fueron observadas por los vecinos que le aconsejaron acudir al médico en busca de ayuda para su curación; en el segundo caso refirió “después de que terminé de arrancar la hierba con las manos me empezaron a salir unas ronchas en los pies, pero no hice caso y después ya tenía en las manos, en la espalda, en el pecho”, la doctora dijo “que eran por un hongo de las plantas” y prescribió un tratamiento por un periodo largo de tiempo.

### **Prácticas de cuidado**

Ahora bien, en este apartado se presentan los temas relacionados a las prácticas de cuidado a la salud de los adultos mayores, una vez analizados los datos y orientados a dar respuesta a la pregunta de investigación se presenta una visión interesante en cada uno de los temas y que han sido separados para facilitar su lectura.

Seguidas las fases de análisis de la información luego de identificar los patrones recurrentes de significado mostrado en la Figura 1 se ilustran los temas principales relacionados a prácticas de cuidado de salud de adultos mayores de la comunidad pesquera El Mezquital. En esta figura las prácticas de cuidado de la persona adulto mayor se ubica en el centro de la gráfica, con el propósito de representar al adulto mayor como un sujeto activo en el cuidado de su salud. Se parte del hecho de que cada persona y cada grupo interactúa y responde desde su propia percepción a cada situación



particular en su micro y macro contexto; se presentan primero los temas relacionados al contexto, seguido por los relacionados a modos de vida para finalmente abordar los relacionados con medios de cuidado. En cada uno de estos temas se pretende distinguir las vivencias y expresiones de cuidado de los adultos mayores tal como las viven y entienden en el día a día.

### **Contexto- medio ambiente**

Una vez dilucidados los temas que explicaban el comportamiento de las prácticas de cuidado de los adultos mayores, se reportan los resultados relacionados con la comunidad pesquera, lugar de destino. En este apartado se presentan las relaciones entre prácticas de cuidado a la salud y el contexto desde el análisis de algunos espacios vivenciales de los participantes y como se relacionan con las instituciones de salud. Se aborda también aspectos de su economía. Elementos que se entremezclan de manera compleja en su vida.

### **Seguridad social.**

De acuerdo a la información proporcionada por los adultos mayores entrevistados y constatada por los informantes clave, en El Mezquital todos los adultos mayores se encuentran adscritos al programa PROSPERA, un Programa de Inclusión Social, cuyo objetivo es articular y coordinar la oferta institucional de programas y acciones de política social. En este programa también se incluyen actividades relacionadas con el fomento productivo, la generación de ingresos, el bienestar económico, la inclusión financiera y laboral, educación, alimentación y salud, dirigidas a la población en situación de pobreza. Se marca un esquema de corresponsabilidad en la que los habitantes de la comunidad participan de manera activa, todo esto para mejorar sus condiciones de vida y asegurar el disfrute que ellos reconocen como un beneficio.

Sin embargo, ello no asegura que los adultos mayores reciban el servicio y que, en su caso, éste sea de calidad y resolutorio. Algunas razones por las que los adultos mayores no reciben los servicios a los que tienen derecho fueron la inexistencia del

servicio específico requerido, la falta de información sobre los servicios a los que pueden acceder, la desconfianza a los prestadores de servicios ante el reporte de casos de negligencia que se presentan en las instituciones de salud y que se difunden en los medios de comunicación o por los habitantes de comunidades cercanas. Es común en los adultos mayores el reconocimiento de su adscripción a un sistema de seguridad social ligado a personas en condición de pobreza y marginación.

Los adultos mayores también se encuentran adscritos al programa denominado adulto mayor que otorga un aporte económico, bajo esquemas de corresponsabilidad que les permitan a las familias mejorar sus condiciones de vida y asegurar el disfrute de sus derechos sociales y el acceso al desarrollo social con igualdad de oportunidades. Otro de los beneficios que reciben los adultos mayores es el otorgado en el programa de educación, este tiene como objetivo la alfabetización en población adulta.

Sin embargo, una fuerte crítica realizada a este programa por todos los participantes fue la de haber recibido certificado de estudios de nivel primaria aun cuando en la población no se logró el objetivo básico: de aprender a leer y escribir. Ambas condiciones fueron consideradas por ellos como unas de las más grandes discapacidades que se presentan en su grupo etario.

### **Servicios de salud.**

Cuando los adultos mayores se sienten mal, pueden llegar a sentir la necesidad de recibir atención médica especializada, aunque no siempre se tenga la certeza de su efectividad y posibilidad de obtener atención en salud en tiempo y forma. La utilización de los servicios de salud por parte de los adultos mayores en la comunidad está ligada a experiencias personales de la atención que les han brindado los profesionales de salud en el pasado, a sus ingresos económicos, a la ubicación de la comunidad pesquera, a su condición laboral “ser pescadores” y ser minoría, así como a la naturaleza de los requerimientos de recursos de las unidades de salud para atender las necesidades de la comunidad.

En cuanto a experiencias personales que han tenido los adultos mayores en los servicios otorgados en las instituciones de salud y la atención que brindan los profesionales de salud, los participantes del estudio expresaron que las instituciones de salud ayudan en tanto realizan estudios de la sangre, de la orina, tomar radiografías, para dar los medicamentos aunque no siempre se encuentran todos los que son recetados, también son útiles para realizar estudios especializados para ver una parte del cuerpo como la mamografía, para realizar cirugías y en algunas enfermedades cuando la persona no puede cuidarse por ella mismo como en el cáncer, las hernias, los tumores, algunas enfermedades de los pulmones, algunos accidentes viales o por complicaciones de otra enfermedad como las amputaciones “por el azúcar” (13).

Los participantes del estudio relacionaron los servicios de salud con sus gastos e sus ingresos económicos. Para los adultos mayores acudir a una institución de salud representa una gran pérdida de dinero pues dada la ubicación de la comunidad en la costa del Golfo y alejada del centro de la ciudad la accesibilidad a las unidades de atención médica implican costos en transporte y pérdida de horas productivas. Los adultos mayores consideran que en promedio el costo de transporte para una consulta es de 150 pesos, y una inversión en tiempo de 6 horas<sup>2</sup>. A este gasto monetario todavía le agregan los alimentos que consumen mientras se espera turno para ser atendido y aún más, hay que agregar el costo de medicamentos que son recetados. Un par de los participantes dijeron que “en promedio por consulta se gasta lo mínimo 900 pesos” (E3, 4, 11) y que de la ayuda que se recibe con los programas “no queda nada” y más aún cuando se tiene que trasladar a otra comunidad (E2, 9).

Aunado a lo anterior los adultos mayores consideran el hecho de la lejanía física de la comunidad pesquera con respecto la zona urbana uno de los aspectos centrales que no favorecen el acceso a los servicios de salud, seguido a esto el hecho de “ser

---

<sup>2</sup> Recuérdese que tan solo el tiempo de traslado de la comunidad al centro de la cd. de Matamoros son una hora y media en vehículo propio. En transporte colectivo este puede durar hasta 2 horas y media.

pescadores” pues siendo considerados “una minoría”, han sido criticados por algunos prestadores de servicios de salud de las comunidades cercanas a El Mezquital que se refiere a ellos como “marginales y sucios” (E10). Para los adultos mayores de esta comunidad ha sido común “recibir regaños” (E3, 9, 11, 14) por parte de algunos prestadores de servicios de salud; varios participantes refieren haber recibido críticas por sus creencias y por sus explicaciones sobre las causas de las enfermedades que padecen, sobre sus dudas en la prescripción de medicamentos y el uso de remedios que algunos adultos mayores prefieren ocultar o negar para que “el que los atienda” no les digan nada. Esto lo describe una participante así: “cuando la doctora me pregunta, yo no le digo que estoy tomando mis hierbas” (E3, 13).

Otro de los aspectos mencionados fue el hecho de que las instituciones de salud no cuentan con los recursos necesarios para atender las necesidades de la comunidad.

“Me lesioné el ojo con un clavo de concreto y fui ahí al centro de salud aquí en El Mezquital y me dijeron que no, ahí no había nada para atenderme, que me fuera a Matamoros. Cuando llegué al hospital general en Matamoros me dicen que no había aparatos para operarme, y ese día me regresaron a casa y dijeron que fuera al siguiente día a las 8 de la mañana; pero no les hice caso y allí me quedé en la sala de espera, y estuvo mi hijo insistiendo en la entrada que me atendieran ¡y nada, me dieron pase a Monterrey! pero tenía que pagar yo todo, y así le hicimos mi hijo me llevó al Hospital Universitario y allá me operaron rápido” (E10).

“Cuando vas al centro de salud aquí si te consultan, pero si necesitas hacerte análisis o un estudio de algo, tienes que ir a Matamoros, porque aquí no hay equipo para hacer eso y eso cuesta, cuesta el pasaje y si te tienes que quedar allá también eso cuesta nada es gratis hasta si tienes que ir caminando o de ray” (E3).

### **Economía.**

Las personas mayores en El Mezquital hacen memoria de su vida laboral en su lugar de origen y de su trayectoria laboral a la que le dan una connotación valorativa según lo que en ellos se vivió. Ahora en El Mezquital, descansan, tratan de retomar sus días, de olvidar los tiempos pasados marcados por la miseria y la pobreza y de incorporarse al imaginario de una mejor vida “ahí en la laguna, su lugar, su nueva tierra, ahora ellos se sienten libres” (informante clave). Su participación activa en una diversidad de ocupaciones de la vida cotidiana se relaciona con las dinámicas diarias de la familia y la comunidad que los rodea. Además de realizar actividades relacionadas con el mantenimiento y conservación vital, actividades instrumentales, actividades de recreo y ocio, actividad física recreativa, también participan en actividades sociales que se llevan a cabo en la comunidad como son las realizadas en los festejos de la iglesia y los de la escuela. Entre las actividades dirigidas al cuidado de la salud se encuentran las realizadas por la enfermera responsable del centro de salud comunitario en colaboración con la promotora de salud, uno de los miembros de mayor reconocimiento en la comunidad.

Dentro de las actividades productivas en la comunidad y de la que los adultos mayores obtienen una remuneración aproximada de \$750 pesos semanales son la pesca de camarón, de pescado y de jaiba; algunos se dedican solamente al despique de camarón, el despique de jaiba, y a filetear pescado. Es importante mencionar que algunos de los adultos mayores participan en estas actividades contratando a personas jóvenes. Durante los periodos de mayor actividad pesquera es común en este sector “contratar gente por temporadas” otros adultos mayores se dedican a la elaboración y venta de equipo de pesca y otros a la reparación y mantenimiento de equipo de pesca, actividades muy remuneradas en la comunidad. Entre otras actividades se encuentran las dirigidas al pequeño comercio.

Es visible el potencial de desarrollo de la comunidad pesquera, los habitantes

suman sus recursos propios a los recursos otorgados por el gobierno federal; en un trabajo colectivo los habitantes de El Mezquital han trazado líneas de comunicación efectiva con autoridades municipales y estatales para la gestión de proyectos que contribuyen al desarrollo social como la construcción de escuelas, unidades de atención, iglesias, cooperativas, adquisición de servicios básicos como agua potable, luz eléctrica. Tales proyectos han sido vinculados favorablemente al fomento de la actividad pesquera que representa la mayor derrama económica de este sector. El desarrollo que se vive en la comunidad pesquera es considerado por los habitantes un espacio de oportunidad para los adultos mayores que les permite tener una fuente de ingresos con lo que pueden solventar necesidades básicas. Así lo expresa el mayor de los nietos de un participante (E6) “no son una carga, a los más viejos no se les deshecha, y cuando trabajan los más jóvenes los cuidamos y aprendemos de ellos, aquí siempre vemos por ellos”.

### **Modos de vida**

Para presentar los modos de vida de los adultos mayores se presentan primero la información relacionada con el nivel de la espiritualidad-religiosidad, enseguida se describe la actividad física y posteriormente los datos relacionados con alimentación y dieta.

#### **Espiritualidad-Religiosidad.**

En la comunidad pesquera aún se vive en familia, la proximidad entre las personas y sus relaciones son estrechas de tal manera que se construyen prácticas de cuidado fuertemente impregnadas de significados religiosos. Todos los participantes de la comunidad se identificaron con un grupo religioso ya fuese el católico o el cristiano. Los adultos mayores reportaron acudir semanalmente a un servicio religioso, un aspecto que consideraron importante en sus vidas y que ha contribuido en el cuidado de su salud. Además, ellos declararon participar activamente en las celebraciones que se realizan en la iglesia para mantenerse unidos todos los miembros de la comunidad. La congregación forma parte de un espacio en donde los adultos mayores realizan actividades basadas en

sus creencias y práctica espiritual-religiosa; en este espacio asumen una participación activa con la comunidad y mantienen una comunicación constante con el ser supremo que le da un sentido propio a la vida y que refieren, no se puede definir: “solo crees en Él” (E9).

Los adultos mayores reconocen sus necesidades personales de creer con una firme convicción en Dios o en un ser superior como la Virgen María o Juan Diego. En sus narrativas dicen mantener y cultivar en el día a día una relación personal total con Él, una relación permanente que los sustenta, los renueva y fortalece para mantener una actitud positiva frente a la vida, a mantenerse llenos de esperanza por ejemplo “Yo todos los días hablo con Dios, con mi madre la Virgen y a ellos les pido todo lo que necesito” (E9), “Yo siempre encomiendo mi día a Dios, orando en todo tiempo” (E4). Mantener una fuerte relación con lo divino, con su creador, les ayuda a sacar fuerzas para resolver situaciones adversas que se presentan al pasar de los años. La oración, el ayuno, pedir con fe, encender una veladora son expresadas como acciones personales para cuidado de la salud o cuando necesitan recuperarse de la enfermedad y que son expresadas en actividades encaminadas al bienestar personal y colectivo, un modo de vida que les ayuda a para mantenerse vivos.

“Creo en la virgen de Guadalupe y cuando tengo un problema o cualquier situación que vea que está difícil le pido con Fe lo que necesito y siento que me escucha, le prendo una veladora la verdad es que le tengo mucha fe. Siempre lo hago desde que era niño toda mi familia es devota de la virgencita y así todos los días le pido que me cuide a mí y a mi familia” (E15).

“Cuando me siento mal o muy enferma me pongo a hacer oración aquí en la casa, o voy a la iglesia y prendo mi veladora y le hablo a Juan Diego, a la virgen María y a José. La virgen María es mi madre y le digo: *tú me mandaste a este mundo*, porque es madre de cada uno. Me hincó y

siento cómo del cielo cae para abajo mi salud, algo que me hace sentir bien, como fresco y siento como que revivo, yo todo lo imploro al Señor (Dios) y todo lo que hago o donde ando, ando con el Señor, siento que Él me ayuda, para que no me pase nada, le pido de favor que me cuide, que me quite todo dolor. Por ejemplo, un dolor que tenía aquí en el vientre Él me lo quitó” (E3).

### **Actividad física.**

La actividad física fue considerada una práctica de cuidado a la salud toda vez que los adultos mayores la valoran como parte de las condiciones fundamentales de su bienestar. La actividad física puede ser recreativa o de ocio, desplazamientos, por ejemplo, paseos a pie. También puede ser actividad productiva, es decir, relacionada con un trabajo que genera bienes y servicios, aunque en ocasiones sean únicamente en el ámbito de las tareas domésticas, en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Es común en la comunidad que los adultos mayores caminen durante el día por periodos comprendidos entre dos o tres horas, esta actividad física es realizada para mantenerse sanos del cuerpo y de la mente “cuando me siento sin ganas de hacer nada, me voy a caminar por la orilla de la carretera, me siento bien, dejo de estar pensando cosas malas” (E13). La actividad física que hacen las personas ayuda a mantenerse sano “Me cuido caminando” (E2), “lo que hago es caminar para fortalecer el cuerpo, caminar aquí en la laguna, en un ambiente natural me ayuda a estar bien” (E6).

Otras actividades que demandan una gran resistencia física fueron: remar y pescar sin considerar el equipo que se utilice “para algunos es un deporte, para otros un pasatiempo, para nosotros es trabajo, es pesado y se necesita fuerza” (E3). Aquí en el puerto se tiene que tener buena condición física y eso sólo se obtiene con la práctica diaria “si eres joven o viejo tienes que mantenerte activo, porque si dejas de practicar te entumes” (E10, 14).

Mantener la capacidad física en esta etapa de la vida en la que el adulto mayor



experimenta numerosos cambios que afectan diversas áreas del funcionamiento físico es esencial. Una práctica de cuidado que consideran ha contribuido a mantener una buena capacidad física ha sido el entrenamiento continuo de las diferentes capacidades físicas de su persona. Entre estas capacidades físicas mencionaron tener resistencia y la refirieron como una capacidad física y mental para soportar la fatiga frente a esfuerzos relativamente prolongados y con recuperación rápida después de dicho esfuerzo. Aquí cada día los adultos mayores ponen a prueba su capacidad de “aguante” y de interacción con el entorno: “hago lo mismo que hacen los demás, caminar, sembrar manglares, levantar plástico, aguanto todo el día” (E12).

También es apreciada la capacidad física de la persona cuando tiene fuerza muscular para empujar-jalar, agarrar-soltar, moverse-pararse, este es un ejemplo “tengo 72 años y voy a pescar con algarete<sup>3</sup> todos los días” (E4). Los participantes comentan que ellos pueden observar la capacidad física en la velocidad que tienen para realizar actividades dinámicas y que se plantean retos que van desde superar sus propias marcas de tiempo. Incluso mencionaron que en algunas ocasiones toman como referencia el tiempo que ocupan otros miembros que se encuentran en el mismo grupo de edad realizando la misma actividad.

Los que se perciben con mayor capacidad física toman como referente el tiempo en que los miembros más jóvenes de la comunidad las realizan “voy a despicar camarón y en cuatro horas hago de 4 a 6 kilos” (E6, 11). “Cuando vamos a pescar tenemos que tirar la red al mismo tiempo porque si no nos gana” (E4). Tener flexibilidad fue considerado de los mayores beneficios de la actividad física para los adultos mayores: el movimiento de articulaciones de los brazos y piernas determina hasta qué punto se pueden mover, por ejemplo, después de un accidente “hasta ahí puedo mover mi brazo y aun cuando puedo realizar muchas actividades, no deja de ser una limitante” (E14).

---

<sup>3</sup> Técnica de pesca

El mantenimiento y conservación de la capacidad física fue considerado como sustancial para continuar con autonomía e independencia, para permanecer activos y productivos en el desarrollo de actividades para uno mismo, para la familia y para la comunidad “a mis 83 años todavía puedo remar y charanguear” (E14); “a mis 71 años, puedo hacer muchas cosas en la casa, manejar, trabajar, ganar mi dinero, todo puedo hacer” (E15).

Los participantes hicieron referencias a discapacidades haciendo alusión a cambios fisiológicos propios de la edad que afectan su capacidad para realizar actividades cotidianas debido a problemas de agudeza visual disminuida, marcha lenta, tambaleo al caminar y no saber leer. Cuando la persona se va haciendo vieja empieza a necesitar de otras personas de la familia o de los vecinos para realizar lo que antes hacía todos los días. En sus relatos de la comunidad se aprecia que cuando ya está una persona vieja los vecinos no la dejan sola. Estas actitudes en ocasiones se extienden más allá de la red familiar. Así lo expresa E14, “la vecina me hace de comer todos los días para que no me vaya a quemar o dañar”, o como dice E4 “No veo bien las letras entonces no las puedo leer, me compré unos lentes con aumento y las veo un poco más y mis hijos me leen todos los papeles”.

No saber leer los ubica en una posición de dependencia, que hace evidente el apoyo de otro miembro de la familia o de los vecinos. No saber leer o ser analfabeta fue expresado como una discapacidad con grandes repercusiones a lo largo de su vida como es el caso de E7 “perdí mis tierras porque no sabía leer”, “Trabajé y no me pagaron lo que era, porque no sabía leer” (E2).

Una disminución o pérdida de habilidad que el adulto mayor considera normal fueron cambios en la marcha “ahora que estoy viejo camino despacio y a veces me voy de lado, usando huaraches que se amarren, donde no se me resbale el pie, para caminar bien” (E3).

### **Alimentación y dieta.**

La selección de alimentos fue considerada por los adultos mayores una práctica de cuidado esencial para mantenerse sanos, es aquí donde los adultos mayores conciben una mayor participación para el cuidado de su salud y se sienten afortunados de haber llegado al Mezquital porque de ahí obtienen los recursos para adquirir sus alimentos, y en caso de no contar con dinero no tienen que preocuparse demasiado, ya que pueden sustraer mariscos frescos para su consumo.

“Me cuido con lo que como, a veces me dicen eres *muy fastidioso* para comer, no es eso, es que yo me cuido, si no me cuido yo en lo que como ¿quién me va a cuidar? ¿quién? Por ejemplo, el refresco no lo tomo, muchas grasas en la comida no las como” (E1, E15).

“Para cuidar la salud lo mejor es con pura dieta, se está mejor cuando haces una dieta, comemos sano: nopales, vegetales pues, pescado, poca carne, poco pan, comemos alimentos que sean más naturales, no tomamos refresco, pura agua fría tomamos nosotros, eso es más mejor para estar sanos” (E1, E2).

“Lo que hago para cuidar mi salud en primer lugar es en las comidas, como por ejemplo verduras y es para mí una costumbre comer verduras: nopales, chayotes, calabacitas, papas, zanahorias, rábanos me gusta agregarle a la comida cilantro, orégano, hierbabuena, laurel. Por ejemplo, en Zamora Veracruz de donde yo soy comía más verduras y frutas frescas. Aquí donde estamos también las como, pero aquí en la laguna como pescado y jaiba y después de que me dijeron que tenía colesterol lo como poco y el camarón todavía más poquito. Otra forma es que no tomo refrescos, prefiero tomar agua natural, atole de maíz, café, té de hoja de limón o de zacate limón, y cuando hace frío me gusta tomar chocolate” (E6).

La dieta de adultos mayores incluía, por la mañana tomar café negro sin leche, acompañado de galletas o pan blanco, en el almuerzo incluían huevos con chorizo, con nopales, con papas, con salsa picante complementados con frijoles, tortillas de maíz. Con respecto a las bebidas mayormente consumían agua fría, *gatorade*, y café. En la comida al mediodía mencionaron comer carnes en diferentes caldos y guisos como los caldos de pollo, de res, de pescado de camarón de jaiba, así como guisados de pollo. En cuanto a otros complementos de la comida mencionaron arroz, frijoles, nopales, chayotes, calabazas, sopas, tortillas de maíz. Para la cena incluyen alimentos como papas con chorizo, enchiladas, entomatadas, quesadillas; como complemento incluían ensalada de lechuga, rábanos, pepinos. Alimentos que consumían en medio de horario de comidas fueron manzanas, naranjas, plátanos, papaya, jícama, galletas, pan blanco o pan recién horneado en la panadería de la comunidad acompañado por café o atole de maseca.

Si bien los adultos mayores reconocen que los alimentos que consumen ahora han cambiado un poco a los que consumían cuando eran más jóvenes, éstos no contrastan mucho con los que comían en su lugar de origen y con los de sus paisanos que han permanecido en su tierra. Ellos refieren que cuando tienen oportunidad consiguen lo que necesitan en el mercado del municipio. Los vendedores de frutas “fruteros” conocen que es lo que ellos comen. Los “fruteros” vienen a la comunidad cargando sus camionetas de mercancía de la ciudad y transitan por la comunidad pasando por cada una de las viviendas para ofrecer sus mercancías, durante el tiempo que permanecen en cada vivienda aprovechan para preguntar a los habitantes “¿Encarga algo? ¿Quiere que le traiga algo?”.

### **Medios de cuidado**

En la narrativa de adultos mayores se presentan primero el apoyo social, enseguida la medicina alópata y finalmente la medicina tradicional como los medios utilizados en el cuidado de su salud.

### **Apoyo social.**

Los adultos mayores en la comunidad pesquera resaltan su autonomía en cuanto a cuidarse a sí mismos, mencionan estar conscientes de sus limitaciones físicas, económicas y sociales, aceptan los cuidados otorgados por algún miembro de la familia o de los servicios de salud de la comunidad; es común recibir ayuda de los vecinos y de los líderes comunitarios motivados a cuidar de las personas mayores en especial de los que no cuentan con familia debido a migración de sus familiares a otras comunidades como a Matamoros, Reynosa, Monterrey; tal es el caso de E9 y E14, que llegaron sin familia a la comunidad, y que han sido acogidos por todos los miembros de la comunidad a los que reconocen como su familia.

Los miembros de la comunidad les proveen de alimento, medicamentos, material de aseo personal como toallas húmedas, pañales cuando se requiere; los adultos mayores también reciben apoyo en el traslado a las unidades de atención de la comunidad o a otras comunidades para su atención médica, para recibir el apoyo económico de los programas de apoyo.

“Ellos son mis vecinos, con ellos almuerzo, como todos mis alimentos y con ellos hago todo, ellos no quieren que tenga estufa, no te vayas a quemar, me dicen, mejor vente para acá” (E14).

“Cuando necesito algo, mis sobrinos me ayudan a enviar mensajes en el teléfono, la comadre me lleva a la presidencia, a la financiera o cuando vienen los del programa de apoyo, cuando hay reuniones ella viene por mí, siempre están al pendiente, la gente aquí pasa, platican un rato conmigo, todos los días viene alguien a verme” (E9).

### **Medicina alópata.**

Los adultos mayores en principio consideran como importante la medicina alópata y un fuerte reconocimiento de la medicina curativa que plantea el consumo de medicamentos durante el tiempo que sea necesario para resolver la enfermedad.

Además, reconocen claramente que la respuesta que dan las personas depende de lo que ésta entienda de la enfermedad y cómo afecta ésta en sus vidas, es decir de sus experiencias vividas, y cómo se resolvieron sus necesidades en las unidades de atención y la atención recibida por los profesionales de salud durante todo el proceso salud-enfermedad.

De acuerdo a los participantes algunos beneficios que han obtenido de la medicina alópata fueron recibir pláticas sobre enfermedades transmisibles y no transmisibles, la alimentación, la higiene corporal, entre otros temas. Otros beneficios fueron la prescripción de medicamentos, la solicitud de análisis sanguíneos, el otorgamiento de órdenes para estudios diagnósticos y el pase a unidades de atención especializadas.

Situaciones que los adultos mayores consideraron como no benéficas en las unidades de atención y de los servicios otorgados por los profesionales de salud fueron la rotación de los equipos de salud, que el equipo de salud no se presente en las fechas programadas, no conocer a los integrantes del equipo médico, una disociación entre el cuidado que otorgan el personal sanitario y las necesidades de cuidado de los adultos mayores. La automedicación fue una práctica de los adultos mayores utilizada para mitigar malestares recurrentes y el consumo de vitaminas cuando sienten debilidad, para ellos estas prácticas son apoyadas por algunos médicos y enfermeras.

“Ahora vienen los del centro de salud y dan pláticas ... voy a las pláticas y ahí te dicen cómo pasa esto de la diabetes” (E2).

“Cuando vas al doctor no todo pasa, así como te dicen, yo pensaba que tenía mal de orín y fui al doctor y me dieron medicina para eso para el mal de orín. Dijeron que era una infección, pero no se me quitaba. Un amigo habló de lo que era la diabetes y fue cuando dije *eso es lo que yo he de tener*. Me recomendó a un médico amigo, fui y ahí me hicieron análisis para saber si tenía el azúcar y si era eso, ya me dieron

tratamiento” (E4).

“Yo siempre voy al dispensario de aquí, pero si no está la persona encargada, pues yo me voy a un doctor particular, porque tenemos que cuidarnos la salud y como, por mucho tiempo no hubo doctor aquí, me iba a Matamoros” (E11).

“Por mucho tiempo yo padecía de colesterol, fui con el doctor y me dio medicina para el colesterol y le dije que me diera una caja de vitaminas tomadas y si me las recetó y así cuando me volví a sentir mal compré nuevamente las vitaminas y me las volví a poner y me siento mejor cuando las tomo” (E11).

“Tomo los medicamentos, las vitaminas, mi hija me compra suero o le pido alguna pastilla cuando tengo dolor y si ella no tiene, le pido a alguna de las vecinas. Uno tiene que buscar con que cuidarse, porque así nada más con lo que doctor te da, pues no. Y luego si no viene o si no tienes dinero para ir, tiene uno que buscar la forma de estar bien” (E13).

### **Medicina tradicional.**

Se observó un conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos utilizados por los adultos mayores, que han sido aprendidos y transmitidos de generación en generación. Un ejemplo fue “mi mamá así nos curaba con hierbas” (E12), “yo aprendí con mis abuelos, ellos curaban con hierbas” (E14); lo que permitió apreciar una manifestación cultural en este grupo particular, el modo en que los adultos mayores conciben la pérdida de salud y como se restablecen de la enfermedad, se manifiesta en las prácticas de cuidado empleadas en este proceso.

La manzanilla, canela, y zacate limón fueron algunas de las plantas que los adultos mayores acostumbran tomar como té cuando sienten frío o en caso de un resfriado común. Otras plantas fueron utilizadas en afecciones particulares como el té de palo azul, pelo de elote para “el mal de orín”, el té de ajo “para expectorar cuando la

persona tiene flemas”. Fue común el consumo de té de chaya, de moringa, de cuyo, y agua de chia “para bajar el azúcar” en los adultos que tienen diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; mientras que los que tenían hipertensión arterial o colesterol comentaron tomar leche de semillas de alpiste para “eliminar las grasas del cuerpo”.

Al hablar de herbolaria como prácticas de cuidado tradicional los adultos mayores hacen referencia a prácticas que tuvieron su origen en sus antepasados, lo cual no significa que estas prácticas no se hayan modificado desde entonces. El uso de una rica colección de plantas en las prácticas de cuidado de los adultos mayores que en el transcurrir del tiempo han sido consideradas típicas de la herbolaria mexicana se ha visto enriquecida por otras que provienen de otros países como la chia, la moringa, palo azul entre otras.

La práctica y conocimiento sobre herbolaria, es un recurso con el que cuenta la mayoría de los adultos mayores, los cuales utilizan como la primera y en muchas ocasiones como la única opción para atender el malestar causado por la enfermedad y poder restablecer la salud. Otras prácticas fueron el uso de ventosas, acudir con un curandero para curarse de espanto, la participante E12 refirió aliviar el dolor en articulaciones, después de experimentar la picadura de alacranes, práctica que estuvo realizando por más de 20 años. Prácticas de cuidado que tienen su base en una particular concepción del mundo, la naturaleza, el cuerpo de la persona, la salud, la enfermedad, la curación o la muerte.

“Tengo diabetes, bueno ésta no me molesta porque me siento bien. Y me siento bien porque estoy tomando mis hierbas, tomo el té de chaya, té de moringa y como mis verdolagas, nopales, el pescado me gusta comerlo en caldo o como sea. Tomo mucha agua así natural, sin sabores. Casi no como pollo o de otras carnes. Y frutas, no todas. Como las manzanas, la naranja. Como de las frutas que son de temporada siempre en pocas cantidades ya que algunas son muy dulces” (E13).



“Para el dolor de espalda tomo el diclofenaco y el doloneurobion que me recetaron, pero como no se me quita me froto con crema de árnica, bengué, mentol y me aplico ventosas calientes<sup>4</sup> [estas consisten en colocar velas pequeñas sobre su espalda, las velas se cubren con un vaso de vidrio hasta que se apagan; cuando no cuenta con ayuda se aplica ventosas sin calor colocan el vaso sobre la espalda, lo deja durante unos minutos y después lo mueve de lugar]. Otra forma con la que se me disminuye el dolor de espalda es acostándome en una cama de madera, sin el colchón, esto es más rápido y más efectivo” (E9).

“En la pantorrilla me aplico crema de *bengué, mentol, ice*, y me doy masaje” (E4).

“Para el absceso que me salió en la pierna derecha, mi comadre hirvió hierbas: ruda, árnica, otras que cortó del jardín, no supe cuáles. Y con el agua aún caliente me bañó en una tina. Después aplicó sábila caliente en la zona enrojecida y me dio a tomar té de manzana con canela” (E3).

---

<sup>4</sup> La informante pide ayuda a otra persona para colocarse las ventosas

## **Capítulo IV**

### **Discusión**

En este capítulo se discuten los hallazgos de las prácticas de cuidado de salud que realizan las personas adultas mayores en El Mezquital en torno a la literatura revisada. Los temas se presentan en el siguiente orden primero los relacionados con salud-enfermedad, seguido a estos los temas vinculados a seguridad social, modos de vida, y medios de cuidado.

#### **Salud**

Las personas adultas mayores en El Mezquital definieron su salud como estar y sentirse bien, en ambos términos se acuñan la capacidad física del adulto mayor para realizar actividades dirigidas no solo al mantenimiento y conservación de la vida, sino también las dirigidas a la actividad productiva que en este caso es la pesca, así como las actividades sociales que conllevan mantener una interacción constante con otros. La capacidad física constituye un ingrediente esencial en la vida de estas personas. En ese sentido cuando la persona es capaz de involucrarse con otros y tomar parte en el medio ambiente externo significa que su integración va más allá de realizar actividades básicas aisladas en términos de supervivencia cultural y trabajo (Acosta & González-Celis, 2009; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006). La capacidad física además les permite participar actividades sociales que atañen a su comunidad, continuar siendo parte de ella. El ser contributivos le ayuda a su autoestima y sentirse bien.

El bienestar según Benner y Wrubel (1982), expresado como un sentimiento subjetivo, es una categoría amplia de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, es el resultado de experimentar salud o auto percibir que el propio organismo funciona de manera adecuada e integrada. Hablar de bienestar en términos de la función, una persona adulta mayor sana es aquella capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel bueno de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (Labiano & Brusasca, 2002; Mella et al., 2004).

Lo expresado por las personas adultas mayores es congruente con la definición de la OPS/OMS (1982) de adulto mayor funcional. Lo define como "aquel individuo cuyo estado de salud se considera no en términos de déficit, sino de mantenimiento de capacidades funcionales". Hablar de salud en términos de funcionalidad según, Salvarazza (1991) provee una herramienta mucho más conceptual de salud que la otorgada por el modelo médico, porque partiendo de ella se puede anticipar cómo la patología se traslada a la conducta y condiciona, en última instancia, el rol de enfermo.

La vejez o senectud a menudo se ve como un problema, no por ella en sí misma, sino más bien por las incapacidades a las que se asocia (Castellanos, 2007). Para los participantes de este estudio sentirse bien es sinónimo de funcionar bien y poder trabajar las personas mayores reportaron no presentar incapacidades a pesar de que padecer enfermedades crónicas como DM2 y HTA.

En la definición de salud construida por las personas adultas mayores, también se encuentra añadida una dimensión temporal y espacial, pues a medida que se envejece, la persona incluye más la noción de limitación y acercamiento a un final. Los efectos de un decremento en el funcionamiento biológico relacionado a la edad, a menudo se asocian a un imaginario en el que comparan lo que la persona piensa que puede hacer y lo que realmente puede hacer, además de lo las condiciones del contexto particular le permiten hacer.

De acuerdo con, Baltes, Lindenberg y Staudinger (1998) la presencia de ciertas ganancias en el mantenimiento de cierto funcionamiento a lo largo del proceso de envejecimiento debe fundamentarse en cuestiones de tipo cultural y argumentar cómo estos fenómenos culturales son capaces de sostener ese funcionamiento a pesar del declive biológico. Presumiblemente se estaría hablando del apoyo material y práctico, así como el estímulo afectivo que le provee la comunidad a la persona adulta mayor para que continúe con una actividad específica como es el caso de la pesca que implica trabajo colectivo. De acuerdo con Leininger (1991), la totalidad de un evento, situación

y experiencia de vida da significado y guía las expresiones humanas en un área geográfica particular.

Definir salud ha sido una de las tareas más arduas y complejas a la que se han enfrentado los diferentes organismos competentes que han acuñado el hecho de que un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus propias aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. De esta manera una definición de salud en el marco de la vida cotidiana de las personas estudiadas, deja de ser una mera cuestión física o biológica. Ramos (2002) afirma que la salud forma parte de las expectativas de vida de las personas, define cuestiones psicosociales, además de relaciones y posibilidades a futuro de la persona con respecto a los otros.

Observar un concepto positivo de bienestar en esta población muestra a la salud como una fuente de riqueza en la vida cotidiana. Una definición de salud que destaca en este grupo particular es un equilibrio con su entorno que le permite estar en su nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia satisfactoria; es decir las personas adultas mayores con sus particularidades tienen sus niveles propios de bienestar. Esto que concuerda con el enfoque holístico al hablar de salud en general (Sanhueza, Castro & Merino 2005).

El hecho de “vivir en la orilla de la laguna”, su ambiente natural y en donde además desarrollan actividades les generan satisfacción personal. Ferrer, Borroto, Sánchez y Álvarez (2001) apuntan que la una salud creada por la persona es aquella que se produce a partir del continuo intercambio con el entorno. Al respecto Giménez (2001) señala que una apropiación del espacio simbólico-cultural es coherente con la identidad del grupo y el apego o arraigo socio territorial, es un fenómeno muy difundido en las comunidades campesinas tradicionales mexicanas.

Otra mirada de salud fue la relacionada al acontecimiento de “tener vida, si no hay salud no hay vida” (E14); de acuerdo con Ramos y Salinas (2010) constituyen

representaciones sociales particulares que permiten distinguir la forma como las personas perciben su propia situación de salud. "Tener vida", como *continuum* en años vividos y paso del tiempo adquiere significación al interior de un marco social y cultural determinado (Gutiérrez & Ríos, 2006). Ante la posibilidad que tiene la población de llegar cada vez a edades más avanzadas, considerar que, en las capacidades vitales, todo el capital mental y biológico evoluciona con ellas; implica notables diferencias de todo orden, pero en especial el relacionado con el estado de salud, movilidad, entre otras variables que se vinculan con el contexto (García & Jiménez, 2016) con implicaciones importantes tanto para las familias como para los profesionales y servicios de salud.

La salud expresada como el hecho de que “Dios esté en tu corazón para hacer lo bueno y dejar lo que te hace mal” (E3), muestra un sentido de bienestar personal de tradición espiritual/religiosa. Estar en comunión con Dios genera energía para vivir, disminuye los disturbios mentales y reduce el deterioro de la salud; una definición de salud que refleja un sentimiento de satisfacción actual y vital del individuo, aflora el estado de ánimo positivo y la percepción que la persona tiene de su felicidad “sentirse alegre, feliz, de buen ánimo, y contar con la familia”, un bienestar estrechamente relacionado con la satisfacción de sus actividades sociales (Carmona-Valdés & Ribeiro-Ferreiro, 2010; Diener, Suh, Lukas & Smith, 1999 ).

### **Enfermedad**

Una asunción de los adultos mayores sobre la enfermedad fue la referida al individuo que carece de fuerza o que es de constitución delicada o precaria. Marroni (2004), en su convivencia con una comunidad indígena con indios Kaingang, observó que las enfermedades carenciales que ocurren en poblaciones aisladas, son frecuentes en los grupos en convivencia con poblaciones civilizadas y que se prestan tanto a la adopción de nuevos hábitos alimenticios, como al abandono de las antiguas fuentes de suplemento, que les garantizaban vigor físico. El síntoma más común del desequilibrio dietético entre salud-enfermedad expresado en este estudio fue la caída general de la

robustez, y de la resistencia física. Lo que tal vez esto explique la importancia de consumir alimentos que consideran les dan energía y una necesidad personal de elementos nutricionales como las vitaminas.

Al hablar de enfermedad en las personas adultas mayores atribuyen a experiencias de "susto", "espanto", como las causas del por qué se enferman o por comer algo "que te cae mal", lo que da cuenta del arraigo a un pensamiento "mágico", por lo que les resulta en algunas ocasiones difícil entender y aceptar nuevas ideas que partan de un marco conceptual diferente. En este sentido un modelo médico que usa conceptos de genética o de microbios, entre otros resulta muy lejano para ellos. De acuerdo a Almaguer et al. (2014) los microbios son una categoría conceptual que muchas poblaciones no han desarrollado, más aún en poblaciones indígenas esto se complica porque no existe la abstracción de lo extremadamente diminuto que puede dar origen a la enfermedad, así como muchos conceptos y definiciones que pudieran considerarse comunes en ciertos grupos sociales. Los participantes de este estudio manifiestan que cuando algo que comieron les cae mal se curan de empacho (sobamiento) o recurren al consumo de infusiones de plantas silvestres disponibles localmente y no a antibióticos.

El saber de muchas comunidades rurales, alejado del conocimiento de principios activos de la farmacología, y del proceso patológico de la histología entre muchos otros, los lleva a buscar únicamente el poder de las fuerzas misteriosas o las virtudes místicas (de las plantas, de deidades) capaces de contrarrestar el origen de la enfermedad, por lo que recuperar las explicaciones que los adultos mayores dan a los padecimientos tiene valor indiscutible para el trabajo de organización y planeación de las acciones de todo tipo en el campo de la salud (López & Méndez, 2006).

En las explicaciones de los procesos de salud enfermedad de comunidades rurales y grupos étnicos se muestran rasgos culturales de la medicina prehispánica o africana, y del mestizaje (como la herbolaria, el curanderismo, el chamanismo), producto de una mezcla biológica y resultante de la dinámica de aculturación, un proceso de

cambio que emerge del contacto con grupos de culturas distintas. Se trata de un conocimiento con influencia indígena, pero a su vez cercano a la medicina, que puede dar origen a desigualdades por su aislamiento, por la hostilidad de su hábitat o por el grupo dominante imperante (Aguirre, 1963).

En el tema de salud resalta añadir la cultura, porque no todos las culturas ni los grupos sociales manejan los mismos parámetros para determinar cuando una persona está sana o no lo está, como en este caso no poder realizar su trabajo o actividades cotidianas. Aunado a ello en cada lugar existen enfermedades denominadas normales y culturales, con sus respectivas especialidades médicas y diferentes recursos terapéuticos, por ello la salud debe ser interpretada de acuerdo con la cosmovisión del grupo (Leininger, 1991; López & Méndez, 2006).

La enfermedad descrita por los adultos mayores de la comunidad como carencia de fuerza, es compatible con el término fragilidad que hace referencia a un estado fisiológico en el que se observan los efectos combinados del envejecimiento biológico y lo que predispone a tal situación (Gutiérrez, 1999), por lo que se puede decir que la enfermedad apunta una exposición relacionada al evento sin que necesariamente sea un factor patógeno. Susser y Susser (1996) denominaron la exposición al evento como una razón de riesgo a nivel individual en una población, lo que describen como un indicador para establecer la causalidad de factores asociados a la enfermedad, que contribuye a determinar perfiles de morbilidad.

En una población adulta mayor como la de este estudio, es importante considerar la reducción en la reserva homeostática que se asocia con una mayor susceptibilidad al desarrollo de incapacidades (Giménez, 2001) y los factores relacionados con la discapacidad física. Aunque en este estudio todos estaban aparentemente funcionales es importante valorar la funcionalidad con el fin de que conserven su independencia (Soberanes, González & Moreno, 2009). En ese sentido Frenk y Gómez (2007) señalan que el reconocimiento de las consecuencias funcionales y su contraparte la carencia

funcional tiene mayores implicaciones en la evaluación del estado de salud que la sola presencia de enfermedad registrada mediante el número de defunciones.

Ante un imponente crecimiento demográfico en este grupo etario, analizar la enfermedad se transforma en una tarea impostergable; el hecho de conocer, enumerar y ordenar las enfermedades ayuda a enfrentarlas con mejor capacidad. Desde el marco de la epidemiología social más que un mero conocimiento de causación, es un asunto de responsabilidad y de intervención, pues una simple observación no es suficiente. De ahí la importancia de la teoría, con la intención explicativa de las desigualdades en salud y de distribución de la enfermedad. La teoría psicosocial, la teoría de producción social de la enfermedad y/o economía política de la salud, y teoría ecosocial y marcos de multiniveles relacionados son algunos de los marcos interpretativos útiles para este esfuerzo analítico. Las evidencias útiles que han aportado, permiten ubicar diversas formas en la que los profesionales de la salud se puedan incorporar y transformar el entremezclado social y biológico en el que se vive; por lo que comprender, diagnosticar y penetrar en esas condiciones, es lo que contribuye a su interpretación (Krieger, 2001).

### **Prácticas de cuidado**

#### **Contexto**

En cuanto a seguridad social, todas las personas adultas mayores de la comunidad El Mezquital se encontraban adscritos al programa PROSPERA, lo que indica una señal de corresponsabilidad y participación activa de la población en las actividades propuestas por el gobierno federal que fomentan la inclusión de los grupos vulnerables y que contribuye a la estabilidad económica y social de la persona, la familia y la comunidad. Participación activa que concuerda con OMS (2002) en la propuesta “política de envejecimiento activo” con la que se pretende estimular una mejor calidad de vida. De acuerdo con Welte-Chanes (2012), INAPAM (2010) la participación de los adultos mayores puede considerarse como un ejemplo de derecho social, de disfrutar de los cuidados y protección de sus familias y de la comunidad en conformidad con el



sistema de valores de cada sociedad. Todos los participantes se benefician del programa PROSPERA aunque dista mucho de cubrir las necesidades que pretende.

La seguridad social es posible asumiendo la salud no solo como un derecho a estar sano, sino también el derecho a exigir un sistema de salud capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud. Una expresión común entre los adultos mayores en este sentido fue *¿sino para qué ser seguridad?* (E3, 11), en una concepción de seguridad social como un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado, el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice (Plata, 2010); por lo tanto, se considera que la efectividad del derecho a la protección de la salud, demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Beltrán, 2004). Visto esto desde una propuesta de nueva gestión pública, la participación de los adultos mayores radica, entre otras cosas, en una mayor cercanía del servidor público a las necesidades del ciudadano.

El programa PROSPERA cuyo objetivo es la atención a grupos en situaciones de pobreza o de vulnerabilidad concebido en la política social como un instrumento para garantizar el ejercicio de derechos sociales universales a la población. Este programa solo compensa en parte a las personas adultas mayores y supuestamente los incorpora al desarrollo social del país (Mateu, Panisello, Lasaga & Bonfill, 2007).

Sin embargo, una visión de política social tratada como algo marginal reducida a poco o más que la idea del establecimiento de redes de asistencia social en tiempos de crisis económica, en el mayor de los casos abandonada a programas sociales con un carácter regulador y complementario del mercadeo acuñan una visión optimista en función de la regulación de la pobreza (Ortiz et al., 2007).

También es importante considerar que el hecho de encontrarse adscritos a este programa de inclusión social, responde a una demanda de servicios de salud de la

población que se centra en la atención primaria. Sin embargo, el diseño del propio sistema de salud concentra la oferta de servicios en la atención hospitalaria, en particular en el tercer nivel, de tal manera que se presenta una disonancia entre las necesidades de la población y el diseño vigente de los servicios de salud y su sintonía entre la estructura y organización del sistema de salud.

Otros temas que emergen y que deben mantenerse a la vista son los relacionados entre afiliación y cobertura de servicios y la disposición de unidades médicas (Durán-Arenas et al., 2012) tanto para personas que han pertenecido al sistema como para los que han tenido problema de acceso. Tome en cuenta que, en una apreciación del nivel de bienestar y desarrollo de la sociedad actual, no es de extrañar que en México la protección social y redes de apoyo asistencial tendrán que amortiguar en la medida de lo posible, las carencias de todo tipo que hoy enfrentan las personas adultas mayores que formaron parte de la población económicamente activa; ellos necesitan mecanismos de protección médica y social para la vejez como se mencionó antes. Por otro lado, muchas de las personas que hoy son adultas mayores no gozaron de un trabajo formal remunerado y que hubiese contribuido a su seguridad social, por ende, carecen y requieren de ayuda médica (Huenchuan & Rodríguez, 2014).

Sin duda, ha sido un progreso que los adultos mayores reciban los beneficios otorgados en el programa PROSPERA y la adscripción al SP, sin embargo, existe incertidumbre sobre si estos recursos se están traduciendo en beneficios para la salud. Por ejemplo, estudios coinciden en un alto gasto de bolsillo familiar en salud, una falla del sistema de salud para lograr una cobertura efectiva y servicios de alta calidad, o ambos (Ortiz et al., 2007; Ruíz & Rivas, 2017).

Algunas de las razones de por qué la estructura y la organización del sistema puede estar fallando en atender las necesidades de salud de los mexicanos es que la atención de salud en México se proporciona a través de un conglomerado de subsistemas que se encuentran desarticulados entre sí; es decir, cada subsistema ofrece diferentes

niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados; aunado a esto, continúa vigente el acceso a cada subsistema determinado por la condición laboral (INAPAM, 2010; OCDE, 2016).

Así mismo los adultos mayores en El Mezquital tienen deficiencias importantes en materia de analfabetismo y escolaridad un dato que en general es referido como altamente discapacitante para la persona y para el desarrollo del país; por lo que no debe verse como aislado de cuidado de su salud, por lo que se considera necesario implementar programas de educación para este grupo particular que contribuya a cubrir la necesidad básica de la lectoescritura además de brindar una generación de espacios de visibilidad para la convivencia entre personas de la misma edad e intergeneracional (Caro, 2013; Martínez et al., 2010; Wong, Espinoza & Palloni, 2007).

*Servicios de salud:* En los resultados se incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos (Guber, 2011). De acuerdo con lo reportado por Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud (2013), INEGI (2013) los servicios de salud brindados a la población y sus experiencias en la realidad, pueden encontrar su fundamento en parte por la fragmentación de sistema de salud y otra es que México cuenta con menos recursos que otros países de la OCDE destinados a la salud, debido en gran parte a que el gasto que proviene de fuentes públicas es particularmente bajo, lo que conlleva una inversión total limitada en el sistema de salud que se refleja en los recursos nacionales de salud.

En México, actuales cambios en las reformas del sistema de salud, han reducido las inequidades en la atención a la salud de la población, pero estos han sido insuficientes para resolver los problemas del sistema nacional de salud, que establecen las condiciones estructurales para reducir las desigualdades en cobertura, pero que también pueden encontrarse en serias limitaciones de recursos humanos y financieros, con lo que además de limitada la cobertura, se presentan importantes problemas de

calidad (Garay & Román, 2016; Horbath & García, 2010).

En las instituciones del sector público se presentan sostenidos déficits operativos en áreas de cobertura médica, lo cual impacta en la provisión del servicio sobre todo por la falta de insumos en las clínicas y hospitales en primer lugar y, en segundo por la falta de obras de modernización y adecuación de las instalaciones y equipos existentes. Además, la cobertura brindada por las mencionadas instituciones en zonas rurales resulta ser extremadamente limitada (Durán-Arenas et al., 2012; Knaul et al., 2013). Aspecto que se refleja en que en ocasiones no tienen el medicamento que les fue prescrito.

Por otro lado, la creciente demanda de servicios debido a la incorporación de un mayor número de la población a través del programa de Seguro Popular genera la saturación de las capacidades de prestación que, por un lado, ha llevado al aumento de las quejas de los derechohabientes frente a organismos como la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y, por el otro, a una tendencia cada vez mayor de la población de acudir a la medicina privada (INEGI, 2015).

Algunos factores que se han observado dificultan y limitan el acceso a los servicios de salud se encuentran ligadas con la forma en que se organiza la dirección de los mismos; más allá de esto se han identificado factores sobre la falta de calidad del servicio relacionándolos con los marcos éticos del personal directivo y de quien ofrece sus servicios y atiende a los usuarios, formas del ejercicio del poder, programas, planes, normas, prejuicios, valores, la falta de participación de los usuarios y por ende el escaso ejercicio de la ciudadanía en cuanto a las instituciones y servicios de salud (INAPAM, 2010; Huenchuan, 2013; Sánchez-González & Egea-Jiménez, 2011).

Algunas críticas señaladas por los usuarios respecto de las unidades de atención se han relacionado con el diseño de los espacios como por ejemplo en relación a las señalizaciones, el mobiliario y los espacios para el hospedaje de la persona enferma, de familiares. Una de las necesidades expresadas es la de tener capillas, es decir, espacios específicos para expresar su fe en momentos de enfermedad (Fernández, 2008). Pérez

(2009), Melguizo y Alzate-Posada (2008) consideran la necesidad de que los cuidados a la salud tomen en cuenta el elemento cultura para suministrar cuidados que se ajusten de modo razonable a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de los pacientes.

Fernández (2008), encontró que algunos obstáculos para la participación de los usuarios se presentan en la interacción con el personal prestador de servicios de salud, a menudo relacionados con la ubicación social y status de las personas, su capacidad y habilidades de comunicación, la capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, formas de ejercer el poder, el idioma y la lengua. De acuerdo con Castillo (2008), Tabón y García (2004) y Vergara (2007) este es un tema que demanda brindar servicios y cuidados etnoculturales.

A menudo las personas prestadoras de servicios de salud interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional y género (Almaguer et al., 2010). Por lo que de acuerdo con Giger y Davidhizar (2002) desarrollar competencia cultural es esencial para el cuidado de la salud profesional al utilizar los conocimientos adquiridos en los modelos teóricos de atención culturalmente apropiada; pues es en la relación entre personas que se ponen en juego sus capacidades y carencias. Por lo tanto, es importante abordar en este tema, aspectos de estructura y función, orgánica y metabólica, variables genéticas y culturales y la disponibilidad de recursos a medida que la persona envejece (Hernández-Girón, Orozco-Núñez & Arredondo-López, 2012).

Estudios con metodología etnográfica realizados en población dominicana (Schumacher, 2010), española (Fernández, 2008; Plaza & Veiga, 2011), cubana (Pérez, 2009) brasileña (Marroni, 2004), colombiana (Melguizo & Alzate-Posada, 2008) y en familias mexicanas (Salgado et al., 2010; Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte, & Márquez-Serrano, 2006), describen significados y experiencias de cuidado en las que están inmersas las creencias sobre lo que es saludable.

Lo anterior resalta la importancia de contar con colaboraciones que profundicen sobre los aspectos sociales, culturales e históricos en los cuales se manifiestan los sentidos subjetivos de la población (Sánchez-González & Egea-Jiménez, 2011) con respecto a los procesos de salud-enfermedad. López y Méndez (2006) consideran que las representaciones sociales y las prácticas de la salud son aspectos medulares a tomar en consideración para implementar las políticas públicas en el campo de la salud en todas y cada una de las áreas. Pues en tanto que es un sistema (Almaguer et al., 2014), las relaciones que establece la institución de salud con las personas usuarias están traspasadas culturalmente por el desbalance de poder y la valoración peyorativa sobre la percepción que poseen con los usuarios.

*Economía:* En los resultados presentados se muestra una semblanza de la vida laboral de las personas mayores comparando entre su lugar de origen y el lugar de acogida el Mezquital a la que le dan una connotación valorativa según lo que en ellos se vivió, lo que puede ser descrito como la capacidad del organismo para ajustarse a su entorno como mecanismo clave del proceso evolutivo, formas y modos en que los mayores se interrelacionan de manera participativa, e implícita con su comunidad de referencia y la comunidad de acogida tanto en el entorno geográfico como en el personal con los vecinos que le circundan (Moreno & Ordoño, 2009).

Según Stromquist (como se cita en Albert, Hernández & Gil, 2014) la conciencia incluye la conciencia de uno mismo, las relaciones que mantenemos con el entorno, con las personas que forman parte de nuestra vida y de nuestra visión del mundo o modelo de la realidad; de acuerdo con este autor estamos, pues, ante un claro proceso de empoderamiento. El autor señala que el empoderamiento es para que la gente tome control sobre sus propias vidas: lograr la habilidad para hacer cosas, sentar sus propias agendas, cambiar eventos, de una forma que previamente no existía.

Una participación activa en diversidad de ocupaciones de la vida cotidiana, entendida como la generación de capacidades y oportunidades, para que las personas

puedan lograr el tipo de vida que ellas más valoran y ansían, representa un logro de desarrollo humano que subraya la importancia de los progresos sociales, las libertades políticas y los vínculos sociales como pilares constitutivos del bienestar de la población y, por lo mismo, como factores determinantes del desarrollo (Miralles, 2010).

De esta manera, facilitar la integración de las personas mayores, para alentar su trabajo remunerado y voluntario, y lograr la aplicación de programas en esta etapa de la vida, requiere la participación conjunta entre sociedad y gobierno, alentando la participación del adulto mayor en la toma de decisiones y la formulación de las líneas de acción gubernamentales, sociales y personales (Sánchez-González & Egea-Jiménez, 2011).

Un enfoque que apunta a esta propuesta es la de envejecimiento activo cuya finalidad es lograr el máximo bienestar para cada individuo, mediante la generación de una nueva visión de la población adulta mayor, al considerarla como el capital social fundamental para ofrecer autocuidado, ayuda mutua y autogestión, así como educación a los más jóvenes, que contribuyan a establecer nuevos paradigmas culturales con relación a el envejecimiento (OMS, 2002). El nivel de autonomía percibido por los adultos mayores en los actos de la vida cotidiana proporciona una autoevaluación y auto percepción subjetivas más positivas y una mayor satisfacción en la vida; la gran actividad, buena salud subjetiva y buen nivel de satisfacción vital se resumen favorables al envejecimiento exitoso (Acosta & González-Celis, 2009)

De acuerdo con Ferrer et al. (2001) se alcanza una mayor participación de la población donde se establece una determinación de necesidades y prioridades, donde se precisa ayuda para encontrar soluciones, donde es importante la planificación y la administración en las actividades y los recursos y cuando existe la implementación de actividades de salud acorde a sus necesidades. Al mismo tiempo, considerar que depende de la óptica social y de cada uno de los actores involucrados, potenciar las áreas de oportunidad que se tienen en cada lugar, sin olvidar que la plena incorporación de

este sector de la población es un trabajo multidisciplinario, que sólo puede realizarse de manera equilibrada en los ámbitos de salud, economía y seguridad, entre otros (INAPAM, 2010). De ahí que el investigador de enfermería entre en contacto con las actividades cotidianas de la gente para aprender su mundo y obtenga datos en observaciones desde una actitud participativa (Leininger, 1991).

Sumar al hecho, que, si bien los adultos mayores participan activamente, es indiscutible que el nivel socioeconómico de la población adulta mayor estudiada se encuentra asociado con la ausencia de seguridad social y, por ende, con la carencia de ingresos derivados de una pensión. Esto explicaría la búsqueda o la necesidad de continuar trabajando que los participantes tienen aun cuando se supone que están en edades de retiro laboral. Evidencias muestran que adultos mayores de los estratos más bajos son los que presentan las mayores tasas de participación económica; además se ha observado que la participación económica en ocupaciones mejor remuneradas puede ser motivo de un mejor nivel socioeconómico (Garay et al., 2014).

Es importante aquí, recordar que México no solo destina todavía un porcentaje relativamente bajo de su riqueza a la salud, sino que, a diferencia de varios países de la OCDE, una parte importante del gasto en salud sigue siendo financiada través del gasto privado de los hogares, y en particular a través del gasto de bolsillo (González et al., 2006). La alta prevalencia del gasto de bolsillo genera una serie de problemas en términos de equidad y eficiencia en el financiamiento de la salud (Regueiro et al., 2011).

Por otra parte, al observar características de las personas beneficiarias y no beneficiarias del Programa de Apoyo al Adulto Mayor, en ambas poblaciones se presentan condiciones socio demográficas, socioeconómicas y de salud muy parecidas, lo mismo ocurre en los apoyos familiares y no familiares recibidos y otorgados; algunas de las condiciones que destacan en la población analizada es el gasto en medicinas que mencionan ejercer con sus recursos, los de familiares o bien los que les otorgan las dependencias de salud a las que están adscritos. En relación al deseo y preferencia de



consumir ciertos alimentos las evidencias indican que la mayor parte del apoyo económico es gastado en alimentos (Garay & Román, 2016; Knaul et al., 2013). De acuerdo a lo reportado en la ENSANUT 2016 en los hogares mexicanos un 50 por ciento del ingreso familiar se destina al consumo de alimentos, mientras que los gastos en salud representaron un 4.2 % (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016). Con todo este gasto en realidad parece seguir representando un fuerte golpe a la economía familiar.

Ante los enormes retos e incrementos tanto de cifras absolutas como relativas de la población adulta mayor se detectan crecientes demandas de servicios médicos y sociales que obligan a revisar las alternativas que contribuyan a ofrecer servicios que favorezcan acciones creativas de cuidado por parte de los proveedores de cuidado y que al mismo tiempo ayuden a la cultura a adaptarse o negociar con otros por un cuidado congruente culturalmente (Spector, 2002).

### **Modos de vida**

En cuanto a espiritualidad-Religiosidad: Todos los seres humanos tienen el derecho no solo de gozar de una salud física y social adecuada, sino que además es indispensable que sus estilos de vida sean saludables de manera que garanticen la salud mental y espiritual; por lo que resulta infructuoso hablar de la salud de los adultos mayores sin comprender las diferentes dimensiones que la determinan ya que en efecto, las políticas públicas enfocadas en el bienestar de la población chocarán irremediablemente contra una gran barrera si se pierde de vista una concepción holística y multicausal de la salud. Es importante reconocer que el hombre vive inserto en sociedad o en un entorno determinado, por tanto, todas las relaciones que establezca dentro de éste, influyen positiva o negativamente sobre él (Ruiz et al., 2006).

Leininger considera que la cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas. En su teoría la diversidad y universalidad del cuidado ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utilizando sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas; el

valor radica en brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura del que recibe el cuidado. Los significados, valores, percepciones y prácticas de cuidado tradicionales que la población tiene sobre su cuerpo, la vida y la enfermedad, pueden facilitar la oportunidad de mantener un estilo de vida bajo condiciones saludables desde el entorno personal, social y familiar (Quintal & Vera, 2014). Sin omitir que el desarrollo de estas prácticas en circunstancias poco sanas como las identificadas con algunas creencias religiosas, pueden desencadenar problemas orgánicos en las personas (Salas-Cabrera, 2015).

Encontrar el estilo de vida saludable ideal es difícil, aunque es posible mantener un estilo de vida saludable adecuado. Una práctica común realizada para el cuidado de su salud de los participantes fue la de orar y ayunar, actos de fe que incrementan su fortaleza interior para mantener el equilibrio emocional idóneo en situaciones adversas que se presentan en el día a día. Ante situaciones como la enfermedad, el dolor, los accidentes, las catástrofes ocurridas por eventos climáticos, la espiritualidad se muestra como un recurso para trascenderlos (Salas-Cabrera, 2015).

Los adultos mayores se identificaron como católicos y cristianos. En sus prácticas se encuentran huellas de la religión tradicional de sus antepasados totonacos relacionados con una deidad, seres sagrados como los santos católicos a los que agradecen su intercesión con celebraciones religiosas en las que participan la gran mayoría de los pobladores. En dichas celebraciones los creyentes esperan que las deidades les retribuyan salud, buena pesca y bienestar en general. La práctica de cuidado espiritual-religiosa va más allá del cuerpo, la persona intenta equilibrar tanto los aspectos físicos como los de índole espiritual (Enríquez, Mariaca, Renata & Naranjo 2006).

Un elemento esencial en esta práctica espiritual-religiosa es la congregación, la fe se aviva siempre que el pueblo se congrega para la celebración de la santa misa particularmente los domingos. Estas celebraciones activan la caridad y producen alegría

sobrenatural a todos los hogares. El soporte que se le entrega al individuo que es miembro de una religión, por parte de sus líderes, clérigo, congregaciones religiosas, es considerado uno de los factores fundamentales en la promoción del bienestar y salud mental, sin embargo, es un tema poco incluido en las investigaciones en salud mental (Rodríguez, 2011).

En esta práctica se asume una participación activa, para mantener una comunicación constante con ese ser supremo que le da un sentido propio a la vida; las personas buscan fomentar entre sus hijos y familiares la práctica del bien y administrarlo en provecho de los enfermos y necesitados. En la comunidad El Mezquital los adultos mayores, además de cumplir un papel importante debido a su sabiduría y experiencia, son señaladas como un símbolo de respeto (Rodríguez, 2011).

La práctica espiritual/religiosa para los adultos mayores se considera asociada con la sanación, una práctica cotidiana que facilitan la liberación del sujeto inmerso en el contexto, de las injusticias y condiciones de muerte que enfrenta en su diario vivir (Rodríguez, 2011; Rúa, 2013), en la que se busca suplir todas las virtudes de la persona y llenar vacíos que se presentan en lo colectivo relacionados a la cultura, la educación y la beneficencia. La creación de instituciones por parte de los creyentes a menudo con la intención de contribuir a remediar las miserias humanas de todo orden y establecer su presencia, es reconocida como un derecho (Constitución Política Mexicana, 1917).

*Actividad física:* La importancia de realizar un adecuado nivel de actividad física viene evaluada por multitud de estudios que muestran su relación con la salud, además practicada regularmente, es una parte importante del estilo de vida que contribuye al bienestar de las personas en los ámbitos, físico, psíquico, social y espiritual (Murillo-Campos & Ureña-Bonilla, 2015; Rúa, 2016). Algunos beneficios que los adultos mayores han presentado de la práctica de actividad física fueron mejoría de la condición respiratoria, de mejoría en la flexibilidad, equilibrio y mayor rango de movimiento de articulaciones de manos y pies, disminución de la tensión arterial, disminución del

colesterol hiperlipidemia y mejora en casos de osteoporosis (Bagur, 2007; Jiménez et al., 2013).

La actividad física mayormente practicada por los adultos mayores fue la caminata diaria, seguida por las implicadas en la actividad pesquera: pescar, remar y charangear<sup>5</sup>. El periodo de tiempo promedio para estas actividades fue dos o tres horas diarias, tiempo mayor al recomendado para este grupo de edad (Moreno & Ordoño, 2009, OMS, 2014). Si bien en esta etapa de la vida se producen innumerables cambios de diferente orden que involucran el rendimiento físico (Miquel, 2006), la actividad física se presenta como una eficiente práctica de cuidado de los adultos mayores que retrasa muchos de los cambios propios del envejecimiento y que regula procesos mórbidos como diabetes, HTA, colesterol, osteoporosis. A nivel subjetivo los adultos mayores perciben cambios positivos en su salud como resultado de su actividad física (Murillo-Campos & Ureña-Bonilla, 2016).

Aun cuando el primer indicio que se presenta en esta etapa de la vida es una disminución del rendimiento físico los adultos mayores expresan contar con buena condición muscular reflejada en su capacidad de continuar realizando trabajo pesado (pesca), un elemento condicionante de la fuerza (Moreno, 2005). Un tema que parece ser sugerente para ser observado en este grupo de adultos mayores.

Seyle (1950) define disminución del rendimiento como Síndrome General de Adaptación (SGA) bajo este síndrome predice que el ser humano es sometido a una carga estresante; experimentada en tres estados consecutivos en su comportamiento: alarma, resistencia y agotamiento. Este es un modelo general de comportamiento de los sistemas biológicos que ha sido aplicado para explicar cómo las cargas de entrenamiento permiten a la persona mejorar su condición física por adaptación a éstas. Por otra parte,

---

<sup>5</sup>La actividad de charangear implica sacar camarón de una especie de trampa que colocan en aguas bajas de la laguna. Para ello emplean una cuchara de madera y red. La pesca se realiza introduciendo la cuchara sobre la especie de trampa referida, que no es sino una estructura de madera formada por dos panderetas, un matadero y dos alas de red. La estructura tiene forma triangulada a la que llaman charanga y mide aproximadamente 40 mts. de largo.

cuando un músculo no se somete a estimulación que le suponga vencer una carga, este músculo tiende paulatinamente a perder capacidad o incluso a atrofiarse (Moreno & Ordoño, 2009). Programas de actividad física que han sido implementados en adultos mayores mexicanos han mostrado diferencias fisiológicas positivas (Ceballos, Álvarez, & Medina, 2009), por lo que siempre que no exista impedimento se debe recomendar la práctica de actividad física en los adultos mayores.

Muchas son las teorías que asumen que los seres vivos se caracterizan por su capacidad de adaptación y, aún más, cuando un sistema no se somete a estimulación, tiende a estados de equilibrio previos. Una asunción es considerar el comportamiento motor en su integridad, reivindicando el estudio macroscópico de las relaciones individuo-entorno como un sistema complejo dinámico y abierto; de esta manera el rendimiento físico de los adultos mayores se produciría gracias a la existencia de patrones estables de coordinación formados con la experiencia del sujeto y creados en los continuos ajustes experimentados por su sistema neuromuscular a las distintas condiciones del medio a lo largo de la vida de cada uno de ellos y la capacidad de este para lidiar y alcanzar la salud según los sistemas de valores existentes a considerar (Chin & Kramer, 2008).

El análisis de los beneficios de la actividad física en el adulto mayor y de diferentes alternativas que procuren mejorar su capacidad funcional, son elementos de vital importancia para crear conciencia en la población general acerca de que el envejecimiento y las limitaciones no son factores dependientes. Además, la actividad física puede ser desarrolladas de manera tal, que eviten un deterioro en la calidad de vida que se encuentra directamente determinada por la capacidad para mantener la autonomía, la independencia (Carazo, 2001; Ceballo et al., 2009).

Una evaluación del estado funcional, indicador de salud en población adulta mayor puede orientar el seguimiento de este grupo, relacionado a la práctica de actividad física, su rendimiento y adaptación asociados al proceso de envejecimiento. La

evaluación del estado funcional, ha contribuido en el establecimiento de diagnósticos sociales y psicológicos y tomar decisiones en el campo de las políticas de salud pública en varios países (Soberanes et al., 2009).

Por otra parte, los adultos mayores reconocen una demanda de resistencia física para realizar actividad física, sin tomar en consideración el equipo que se utilice; pues caminar, pescar y remar suelen ser considerados deportes o pasatiempos en otros contextos, mientras que para ellos estas actividades representan el trabajo diario, afirmando es un trabajo “pesado y se necesita fuerza” (E3). Este conocimiento puede ser, del aprendizaje y de experiencias previas del adulto mayor en la realización de estas actividades condicionantes de las habilidades funcionales que están a su alcance. Para ellos se trata de una lucha diaria para conseguir mejorar su rendimiento ante lo que suponen una carga elevada (Moreno & Ordoño, 2009). La actividad pesquera es tal, que el trabajo se sustenta esencialmente en la fuerza y la resistencia, por ende, un buen estado funcional en la actividad económica que les genera un ingreso les hace ver la salud como un activo (Plata, 2010).

De esta manera, se puede tener una comprensión de la actividad física en los adultos mayores como una práctica intencional en la que se busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no solo físicas sino psicológicas y sociales en un contexto (Moreno, 2005); pues se ha observado que el ser humano tiene la capacidad, como ser neurobiológico, de estimular su sistema nervioso autónomamente y, de este modo, poner en marcha las vías nerviosas que le permitan tanto producir movimiento (Rúa, 2013) implicadas en reproducir una gama amplia de actividades y movimientos incluidas en las actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile (OMS, 2002). Jiménez et al. (2013) consideran que una persona que desarrolla su naturaleza y potencialidades en contacto con la naturaleza nunca con quien lo hace en un gimnasio o aula. La primera en espacio más abierto y diverso, experimenta sensación incluso de espiritual goce que marcan el

momento que se vive, el único a la mano.

*La alimentación y la dieta:* son consideradas esenciales para mantener la salud en todo ser vivo, pero en la salud pública tienen importancia, especialmente en adultos mayores que experimentan enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, obesidad, hipertensión arterial, aterosclerosis que causa infarto cardiaco y ciertos tumores malignos. Concebir la alimentación y la dieta como una práctica de cuidado cobra relevancia, dado que se reconoce que este grupo de población necesita asistencia para su alimentación (Ortiz et al., 2007).

De acuerdo con Gómez et al. (2005) es importante alentar a las personas mayores a introducir en su dieta cambios en su patrón alimentario, aun cuando estos cambios resultan demasiado ambiciosos para el beneficio previsto, pues la alimentación en la población mexicana, y en general el estilo de vida, han experimentado grandes cambios evolutivos favorecidos por la biodiversidad, el mestizaje genético, alimentario y cultural (Román et al., 2013).

Marroni (2004) considera que la globalización, la pérdida de la biodiversidad, la preferencia por los alimentos industrializados en lugar de los alimentos étnicos tradicionales y la migración del campo a la ciudad han propiciado un cambio drástico en el estilo de vida. Para Román et al. (2013) la existencia de un distanciamiento importante entre el grado de evolución del genoma del *Homo sapiens* y su medio ambiente ancestral, es lo que ha ocasionado un efecto nocivo en las condiciones de salud de la población asociado al incremento de la morbilidad y la mortalidad por causa de las enfermedades crónicas.

Redunda la importancia de no perder de vista que los alimentos y la dieta en sí están sujetos a patrones culturales e incluyen un acercamiento a la historia de la alimentación y su estrecha relación con la persona (Bourges, 2001; Mendoza & Calvo 2010). De acuerdo con la FAO (2012) y Ortiz et al. (2007), la dieta en la salud de la población mayor de 60 años en general evidencia una débil percepción médica hacia la

desnutrición, dado que la valoración nutricional y la terapia nutricional no se usan rutinariamente y la política gubernamental hacia la desnutrición es escasa.

Para los profesionales de salud la práctica de cuidado en alimentación y dieta puede ser de valor adaptando esas miradas a los servicios que se ofrecen. De tal manera que, la persona sea co-participe activo en el cuidado y elija una opción en cuanto a sus metas de salud, planes e intervenciones, y mejorar los resultados de la salud (Almaguer et al. 2014; Leininger, 1991; Purnell, 1999).

### **Medios de cuidado**

*Apoyo social:* En la narración de los adultos mayores se asume la aceptación y reconocimiento sobre el cuidado que reciben de los miembros de la familia o de los servicios de salud de la comunidad; el cuidado de la salud se nutre de un vínculo de relaciones en el que los profesionales de salud se encuentran inmersos. Las redes de relaciones sociales que establecen entre los individuos aquí se presentan como un medio útil que les permite promover la cooperación para la salud. Si bien esta cooperación se aprecia como un bien, no se trata de un carácter económico sino basado en relaciones de confianza, reciprocidad, amistad y solidaridad, con el fin de satisfacer necesidades reales de los miembros de estos grupos sociales (Duana et al., 2012).

Estas relaciones sociales han sido denominadas por Portes (2000) como capital social al que expone en dos manifestaciones: un capital social individual y otro colectivo o comunitario. El autor ambos capitales son partes de la cultura compartida y hasta cierto punto internalizada por los individuos que componen la comunidad. De tal manera, la comunidad no sólo debe considerarse como un espacio geográfico con una población determinada con los mismos ideales, hábitos y costumbres, sino además un espacio social en el cual se incorporará el concepto de satisfacción de sus necesidades, y de poder interno de ese grupo para tomar decisiones en la solución de sus problemas.

De ahí se plantea la necesidad de un enfoque de cuidados a la salud de adultos mayores, cada vez más dirigido a la evaluación integral, la prevención de las



incapacidades y la protección de la independencia. Por ello emerge la necesidad de tomar en consideración su entorno. Se requiere de procedimientos de evaluación que comprendan e identifiquen no sólo los problemas, sino también los apoyos disponibles (García, Arana, Cárdenas & Monroy, 2009.). Interesante para la población que viven en la comunidad el Mezquital por diversos aspectos demográficos, como la migración, espaciales como el lugar de residencia y sociológicos como la construcción de un modo de vida urbano a partir de la intersubjetividad que plantean las relaciones sociales en el ámbito de lo cotidiano y no sólo con asuntos urbanos como la dotación de servicios (Bailleres, 2000).

En los trabajos realizados por Durand (2000), y Duana et al. (2012) se observó que, con el tiempo, la comunidad inmigrante empieza a tomar el control de un barrio o un sector de la ciudad y a controlar uno o varios nichos laborales. En zonas caracterizadas por inmigrantes que provienen de un mismo lugar de origen, y en una misma actividad económica en una compleja red de relaciones sociales que vinculan los lugares de origen con los puntos de destino, cada nuevo migrante viene a retroalimentar y a revitalizar el flujo. La comunidad El Mezquital es considerada por los adultos mayores como una zona donde rehicieron sus vidas y tuvieron nuevas oportunidades, un espacio donde es común recibir ayuda de los vecinos y de los líderes comunitarios motivados a cuidar de ellos, especialmente del que no cuenta con familiares cercanos.

El fortalecimiento de los lazos de apoyo en el adulto mayor, da lugar a una transformación en la percepción del espacio, que lo vuelve más asible, más cercano (León, 2004). Esto es reconocido como una etapa de integración, un proceso de inmersión e incorporación que hace la persona en el nuevo grupo y que le permite con el tiempo, llegar a sentirla como propia, a partir de la aceptación y el interés por la misma (Micolta, 2005). Por lo que resulta interesante estudiar la trama de lo cotidiano a partir de las prácticas con sentido de los individuos.

El apoyo social que reciben los adultos mayores de su pareja o familia

primeramente seguido del apoyo otorgado de sus amigos, vecinos y compañeros de trabajo evidencian que los sujetos que perciben altos niveles de apoyo social, presentan un alto autoconcepto, un estilo de afrontamiento más adecuado ante el estrés, mayor autoestima y autoconfianza, mayor control personal y bienestar subjetivo y una mejor salud en general. Percibir bajos niveles de apoyo social en contrapartida parece estar asociado a mayores niveles de ansiedad, depresión, alta frecuencia cardíaca y presión arterial, así como pensamientos irracionales e incluso, ideas suicidas ante situaciones estresantes (Garay & Román, 2016; Hamui et al., 2013).

No obstante, un hecho indiscutible es que los niveles de apoyo en la comunidad se encuentran íntimamente relacionadas con el nivel de ingresos de sus miembros y con las oportunidades que les brinda la sociedad para su desarrollo, de modo que una carencia relativa de ingresos produce cambios en los patrones de salud/enfermedad. De mayores recursos económicos se derivan mayores probabilidades de acceso a los servicios de salud, por ejemplo “en la construcción del centro comunitario todos apoyamos con mano de obra y las autoridades municipales y estatales nos apoyaron en la gestión de los recursos” (Informante clave). Así mismos niveles de escolaridad son otro determinante que actuando en forma conjunta ponen a la persona, grupo o población en situación de vulnerabilidad (Huenchuan & Rodríguez, 2014; Juárez-Ramírez, Márquez-Serrano, Salgado, Pelcastre-Villafuerte, Ruelas-González & Reyes-Morales, 2014). La falta o negación de apoyo social puede generar privaciones muy importantes, empobrecer la vida de la gente e impedirle establecer conexiones sociales, económicas y políticas a las que, con justa razón, pueden aspirar (Hurtado-Saa et al., 2013; INAPAM, 2010).

*Medicina Alópata:* Todos los adultos mayores participantes en esta investigación, realizaban prácticas médicas por prescripción y eran beneficiarios de los programas de desarrollo social del Gobierno Federal PROSPERA y SP a través de la brigada de salud jurisdiccional No. 3 de la SS, perteneciente a los Servicios Coordinados de Salud

Estatales. Esta participación en los programas federales de beneficio social para los adultos mayores les impone una serie de tareas condicionantes para recibir el beneficio de estos programas.

El adulto mayor debe acudir a las reuniones programadas, a la consulta médica, a las pláticas de salud que, si bien son reconocidas como benéficas para su salud, le implica sanciones si faltan más de dos veces. La sanción significa ver reducido o suspendido el beneficio económico y por ello se sienten obligados a cumplir las prácticas prescritas por el sistema biomédico. Es posible que este cumplimiento bajo presión explique los visibles patrones recurrentes de la práctica médica entre los participantes, tales como el acudir a la consulta, la importancia que le deban a los medicamentos prescritos por el médico, la importancia de la alimentación para recuperarse de la enfermedad y la aceptación de enfermedad. A pesar de esto también fueron visibles contrariedades en la adhesión del tratamiento, así como la resistencia al uso de algunos medicamentos como la metformina “no me la tomo porque me sentía mal” (E11) o negación al uso de la insulina “no me la pongo, porque una vez que te la pones es de por vida” (E3).

Enríquez et al. (2006) observaron que las personas que participan en dichos programas se sienten obligadas a cumplir con lo establecido por el programa y refieren una práctica más asidua cuidado alópata, mientras que personas que no reciben o no lo han recibido parecen no sentirse obligadas a realizar las prácticas prescritas por el sistema biomédico, sean jóvenes o maduras. Además, éstas alternan la práctica tradicional popular y las acostumbradas en los hogares con respecto a alimentación, descanso, trabajo o lactancia en las que tienen un niño(a) pequeño.

Campos, Etxabarri y Viñuela (2008), observaron que, en ocasiones, los requisitos administrativos que se exigen para poder recibir atención sanitaria son demasiado complejos para una población con la cual el sistema de salud tiene barreras lingüísticas y otro tipo de barreras por complicados circuitos burocráticos.

Al mismo tiempo, algunos problemas médicos se agravan por dificultades sociales del médico o por la interpretación errónea de los cuadros clínicos, por lo cual es necesario instruir, orientar y capacitar al adulto mayor, y en todo caso, brindarles el apoyo personal y familiar requerido para mejorar su estado de salud y su estatus dentro de la sociedad como ser humano (Castellanos, 2007). Una mala calidad de la atención afecta la satisfacción de los usuarios, no disipa sus preocupaciones e incrementa las necesidades económicas, sociales y emocionales de las personas.

Ante un modelo biomédico en que, la experiencia de la enfermedad y su atención están en el centro de los propósitos de la medicina alópata le cuesta invertir la relación, esto es, aliviar el sufrimiento humano causado por factores biopsicosociales. La relación verdaderamente queda invertida, cuando el centro del análisis, es el paciente, el que le da significado a su tránsito por esta, en su trayectoria de vida.

Por lo que según Hamui et al. (2013) la intención es reconstruir la experiencia de los clientes por medio de la recuperación de narrativas producidas por él paciente en su intersección con el sistema de salud. Esto implica reconstruir la trayectoria del evento de atención a la salud, desde que inician los síntomas, pasando por los intentos domésticos y locales por resolverlos, hasta la llegada al tercer nivel de atención en alguna de las unidades médicas de la SS como de Hospitales Federales de Referencia, Institutos Nacionales de Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Por otra parte, hay que hacer una lectura más crítica del hecho de que la persona muestre un reconocimiento y aceptación de la medicina curativa que plantea el consumo de medicamentos por tiempos prolongados para resolver alguna enfermedad de la persona; esto puede empezar a ser considerado un factor relativo en el cuidado de las enfermedades. Al respecto en estudio realizado por Gotzsche (2013) se observó que el uso de fármacos constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta al médico de atención primaria, pero que esto no significa que su efecto no fuera dañino; de acuerdo con lo reportado el uso de fármacos representa la tercera causa de mortalidad después de

las enfermedades del corazón y cáncer en los países occidentales (Llor, 2014).

Para Briñez y Muñoz (2016), el hecho de acudir a la consulta o solicitar atención médica no implica el apego al tratamiento o la voluntad de seguir las recomendaciones de los profesionales de salud. En un estudio realizado por Flores-Cisneros y Rodríguez-Salauz (2010) en mujeres zapotecas el acercamiento con los servicios de salud institucionales de corte biomédico, también demuestra la resistencia cultural al uso de estas prácticas, olvidando la conducta rigurosa en la ingestión de medicamentos, aún si la persona está a punto de morir. En prácticas como las de *tomar los medicamentos, las vitaminas, o mi hija me compra suero o le pido alguna pastilla cuando tengo dolor*. Estos autores observaron que el ejercicio de prácticas modernas de salud como visitas a médicos, ingesta de vitamínicos incipientes, representan la idea de una eficacia simbólica intergeneracional sobre todo con los más jóvenes.

*Medicina tradicional:* Durante las entrevistas los adultos mayores expresaron realizar prácticas de cuidado aprendidas empíricamente, observando cómo hacían y que hacían sus familiares o conocidos para resolver algún problema o malestar como el “dolor de panza o dolor de huesos” por ejemplo “mi mamá nos curaba con hierbas” (E12), “yo aprendí con mis abuelos, ellos curaban con hierbas” (E14). Para Leininger y McFarland (2006) este es un conocimiento aprendido y transmitido tradicional y popularmente, un conocimiento usado hábilmente por la cultura al que denominan cuidado genérico, una mirada a la persona como un sujeto con participación activa en sus procesos de cuidado. Esto significa que los adultos mayores sean sujetos de cuidado en lugar de objeto de acción profesional.

De acuerdo con Melguizo y Alzate-Posada (2008), los saberes personales sobre el uso de hierbas o plantas parece haberse suscitado en el día a día, a través de lecturas, noticias, lógica personal, vivencias propias, vivencias compartidas por las amistades, conocidos, hijos, consejos médicos y costumbres que aprendieron los adultos mayores cuando niños. En su estudio también observó que las mujeres, los viejos, la radio, la

televisión y líderes religiosos aparecen como transmisores de creencias de cuidado de salud. Purnell (1999), a esto lo denomina “cultura del aprendizaje” el cual asume como un proceso continuo y desarrollado en una variedad de formas, pero principalmente por el encuentro de varias culturas.

Por otra parte, es evidente la preferencia por la medicina tradicional como práctica de cuidados de los adultos mayores. En sus narrativas se presentan expresiones como *yo prefiero tomar mis hierbas, me siento mejor cuando las tomo, tomo la pastilla, pero también mis hierbas* además de sentirse privilegiados de contar en la comunidad con la presencia de una partera, un sobador de huesos, un curandero, un brujo y un común sentir de ser pocos los que quedan, “pues se han ido acabando” (E1, 6, 15) ya que cuando uno de ellos fallece y los hijos no continúan estos saberes se pierden o como dice E1 a veces “algunos hijos si le siguen, pero solo los de aquí los conocen”.

Ante la preferencia de estas prácticas para Gálvez-Cano, Chávez-Jimeno y Aliaga-Díaz (2016), conocer las preferencias de los pacientes permite a los profesionales de salud definir los objetivos del cuidado tanto en el aspecto de decisiones avanzadas, como sobre el manejo de las patologías médicas, pues lo que se busca es unificar esfuerzos y promover la colaboración activa del paciente y de su familia. De tal manera que si lo que se desea es realizar una intervención de cuidado individualizada y apropiada de acuerdo con Cardós et al. (2016), se debe conocer y tomar en cuenta, siempre que sea posible, las preferencias de la persona, la familia, o sus cuidadores identificando fortalezas y debilidades en el cuidado para ofrecerles un plan de cuidados congruente con su cultura y evitar así un choque cultural.

Se puede asumir que cuando el personal sanitario conoce la cultura del grupo, es capaz de captar las necesidades de esta población y establecer un diálogo intercultural entre el sistema institucional y el tradicional, que permita comprender mejor la dimensión cultural de la salud en la que juega un papel importante la atención que la población recibe por parte de hierberos, parteras, sobadores, curanderos (Quintal &

Vera, 2014). Pues aun cuando se observa la pérdida de estos conocimientos intergeneracionales que pueden ser el resultado de diversos factores como los movimientos migratorios o de los procesos de aculturación (Beltrán, 2000), también pueden derivarse de un acto privativo de aquellos sectores de la sociedad que quedaron despojados de todo dominio cognitivo, a quienes se les niega su discurso porque se le considera subjetivo y por ende falso (Marroni, 2004; Plaza & Veiga, 2011).

Sin embargo, los adultos mayores siguen realizando estas prácticas de manera cotidiana, ya que confían su salud, atención y cuidado tanto a lo familiar como a la práctica médica alópata, pero sobre todo el adulto mayor confía en su capacidad de relacionarlas. En el Mezquital los adultos mayores acuden con las promotoras y auxiliares de salud de la comunidad, todas ellas mujeres jefas de familia que participan voluntariamente y de manera activa en la implementación de los programas de salud en la comunidad, que otorgan apoyos desde información sobre temas de salud, recordarles los días de reunión, para abastecer de algún medicamento e incluso hasta de llevarles a la consulta médicas.

Al mismo tiempo estas promotoras y auxiliares proveen a los adultos mayores algunas hierbas o plantas como zacate limón, chaya, chía, moringa entre otras. Una red de apoyo y convivencia entre adultos mayores, promotores, auxiliares de salud en donde a menudo la práctica de consumir infusiones de hierbas reconocidas por ellos por sus propiedades curativas es ocultada al personal médico. Un ejemplo es el de E15 “pues nunca estos me preguntan”, “ellos solo te dicen tome estas medicinas y ya con eso va a tener” (E3) y como en el caso de E14 “la doctora me dice *¿Que está tomando?* pero yo no le digo nada”. La evidencia muestra que en la vida del ser humano existen factores personales dependientes de aprendizajes previos o de influencias del contexto y el ambiente y las relaciones con otras personas tales como las formas de enfocar el cuidado a la salud. Todo ello le conduce a tomar decisiones que pueden afectar el estado físico o emocional del adulto mayor como por ejemplo rechazar el cuidado de enfermería no por

considerarlo innecesario o poco importante, sino por la forma como es ofrecido. (Alvarenga, 2012; Beltrán, 2010; Enríquez et al., 2006).

En esta población de adultos mayores que participan activamente en temas de salud ellos han aprendido a “reconocer su lugar” en el contexto a través de las reglas establecidas por la institución de salud (Burgos & Parvic, 2011). Tales eventos pueden retroalimentar una carencia de autonomía de la persona mayor, una expresión de maltrato que aun cuando resulte no intencionado, es objetivamente real, puesto que se tolera, un paternalismo infantilizador que sustenta el cuidado que, aun estando guiados por la buena voluntad, oprime la autonomía y dignidad de adultos mayores (Barrantes-Monge, Rodríguez & Lama, 2009).

Éticamente los profesionales deben abrirse al buen trato o el buen hacer en la atención, una buena práctica de virtudes en quien otorga el cuidado y en quienes, siendo cuidados, también aportan valor a la relación, una mención a los profesionales de la salud, para cualquier cuidado o intervención lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento. Toda palabra, toda mirada, todo pensamiento que tiene el profesional de enfermería hacia el paciente, necesita tener como objetivo crear esta relación terapéutica tan importante (Rebraca, 2007).

En una población como la mexicana reconocer sus prácticas cobra relevancia, ya que parte importante del patrimonio cultural de cada pueblo es este desarrollo cognoscitivo y la conformación de sistemas médicos empíricos teniendo como base la apropiación y uso de los recursos naturales del entorno, conocimientos que se han transmitido de generación en generación para preservar la vida y permitir la reproducción y florecimiento de la propia cultura (Enríquez et al., 2006).



### **Limitaciones del estudio**

Dadas las condiciones de inseguridad que se viven actualmente en la comunidad Matamorenses estudiada se esperaba que pudieran interferir en el desarrollo de la investigación, por lo que se compartió un sentir común con las autoridades representativas y habitantes de la comunidad. Se recomendó realizar trabajo de campo de ocho de la mañana a cuatro de la tarde, considerando no circular en horario nocturno o de madrugada. El investigador principal siempre estuvo acompañado de representantes de la comunidad que le indicaron la vivienda donde llevaría a cabo la entrevista, por tanto, hubo algo de restricción para andar y observar libremente.

Otra de las dificultades contempladas en etapas tempranas de la investigación fue de acceso a la comunidad en condiciones climáticas de lluvia, ya que la carretera El Mezquital se encontraba, durante el periodo en que se realizó el estudio, en proceso de reconstrucción como parte del proyecto de desarrollo portuario, y el acceso a las viviendas no cuenta con pavimentación; para lo que se consideró permanecer en la comunidad el mayor tiempo posible y disminuir los riesgos de trayecto y de tráfico.

Dadas las características del diseño de estudio se presentaron limitaciones relacionadas a la conveniencia de ser prácticos escogiendo el área de estudio que parezca razonable para su tamaño y complejidad, de modo que resultara factible realizarlo dentro del tiempo y con los recursos disponibles del investigador.

## Referencias

- Acosta, Q., & González-Celis, R. (2009). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 19(2), 289-293.
- Aguirre, B. G. (1963). Medicina y Magia: El proceso de aculturación en la estructura colonial. *Universidad Autónoma de México*, 1(1), 443-446.
- Albert, R., Hernández, M., & Gil, M. (2014). Los movimientos psico-espirituales en la modernidad globalizada. Una mirada desde la ciudad de Valencia. *Antropología Iberoamericana*, 9(3), 273-295.
- Almaguer, G., Vargas, V., & García, R. (2014). *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. (3ª ed.). México. Programa Editorial del Gobierno de la República.
- Alvarenga, M. (2012). Plano de cuidados compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com la teoria do cuidado cultural de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermería*, 65(2), 368-73.
- Anzaldo, G. C., Hernández, E. J., & Rivera, V. A. (2008). Migración interna, distribución territorial de la población y desarrollo sustentable. *La situación demográfica de México*, 129-141.
- Artigas-Lelong, B., & Bennasar-Veny, M. (2006). La salud en el siglo XXI: El reto de los cuidados multiculturales. *Index Enfermería*, 18(1). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100009).
- Bagur, C. C. (2007). Ejercicio físico y masa ósea (1). Evolución ontogénica de la masa ósea e influencia de la actividad física sobre el hueso en las diferentes etapas de la vida. *Apunts Medicina del L'Sport*, (153), 40-46.
- Bailleres, L. D. (2000). Reseña de "De la Trama de la Cotidianidad a los Modos de Vida Urbanos. El Valle de Chalco" de Alicia Lindón Villoria. Convergencia. *Ciencias*

- Sociales*, 7(22), 275-280. Recuperado de  
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10502212>>ISSN 1405-1435.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (1998). Lifespan theory in developmental psychology. En W. Damon & R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology. Theoretical models of human development* (5ª ed. Vol. 1, pp. 1029-1143). Nueva York: Wiley.
- Barrantes-Monge, M., Rodríguez, E., & Lama, A. (2009). Relación médico paciente: derechos del adulto mayor. *Acta Bioethica*, 15(2), 216–221. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2850536/>.
- Bass, S. A., Caro, F. G., & Chen, Y. (1993). “Introducción: achieving a productive aging society”. En S. A. Bass, F.G. Caro, Y. Chen (eds.). *Achieving a productive aging society*. EE.UA: Auburn House. Pp 3-25.
- Beltrán, A. M. (2004). El derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Constitucional ¿Un problema en la definición de las políticas públicas o en la interpretación de un sistema de aseguramiento? *Tutela. Acciones populares y de cumplimiento*, 57, 1620-32.
- Beltrán, S. J. (2010). El rechazo al cuidado de la salud por motivos del paciente. *Investigación en Educación en Enfermería*, 28(2), 214-222.
- Beltrán-Aguilar, A., Ibañez-Bernal, S., Mendoza-Palmero, F., Sandoval-Ruiz, A., & Hernández-Xoliot. (2011). Taxonomía y distribución de los anofelinos en el estado de Veracruz, México (Diptera: Culicidae, Anophelinae). *Acta Zoológica Mexicana*, 27(3), 601-755.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1982). Skilled clinical knowledge: the value of perceptual awareness, part 1. *Journal Nurse Administration*, 12(5), 11-4.
- Boitte, P. (2001). El envejecimiento: Oportunidad para una medicina en busca de sus finalidades. *Acta Bioethica*, 7(1), 9-25.
- Bourges, H. (2001). *La alimentación de los mexicanos*. En Donato Alarcón Segovia. El

colegio Nacional. México.

- Boyle, J. (1994). Styles of ethnography. En J. M. Morse (Ed.). *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 159-185). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Briñez, A. K., & Muñoz, R. L. (2016). Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger. *Cultura de los Cuidados*, 20(45), 81-90.
- Burgos, M. M., & Parvic, K. T. (2011). Atención en salud para migrantes: Un desafío ético. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 587-91.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 181-84. Recuperado de <http://tcn.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/3/181>.
- Campos, M. C., Etxabarri, E. G., & Viñuela, B. Y. (2008). ¿Qué cuidados de enfermería demandan los inmigrantes ingresados en medicina interna? *Enfermería Global*, 12, 1-8. Recuperado de [revistas.um.es/eglobal/](http://revistas.um.es/eglobal/). ISSN 1695-6141.
- Carazo, V. P. (2001). Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: El taekwondo como alternativa de mejoramiento. *Educación*, 25(2), 125-135.
- Carbajo, V. M. (2009). “Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante”. *Ensayos*, 24, 87-96. Recuperado de <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>.
- Cardós, G. J., Lillo, C. M., Climent, R. A., Hernández, U. E., & Mejías, M. B. (2016). Aproximación etnográfica al concepto de salud y enfermedad en la tribu turkana: Proyecto para la mejora de la salud de los nómadas del Triángulo de Ilemi, Kenia. *Salud Colectiva*, 12(2), 173-188. doi: 10.18294/sc.2016.787.
- Carmona-Valdés, S., Ribeiro-Ferreira, M. V. (2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles de Población*, 16(65), 63-85.
- Caro, E. (2013). La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de políticas de asistencia social para la población adulta mayor. En J. Guzmán (presidencia).

- Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social*. Simposio llevado a cabo en el 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile.
- Caro, F. G., & Sánchez, M. (2005). Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos. En Pinazo Hernandis, S & Sánchez Martínez, M. *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Castellanos, P. E. (2007). Inmunonutrición en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(4), 1-10.
- Castillo, E.; Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167.
- Castillo, M. J. (2008). El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es&tlng=es).
- Ceballos, G. O., Álvarez, B. J., & Medina, R. R. (2009). Actividad física y género: un estudio comparativo entre los jóvenes de Monterrey, México y Zaragoza, España. *MHSalud*, 6(2), 1-14.
- Chinn, P. L., & Krammer, M. K. (2008). Integrated knowledge development in nursing (7<sup>th</sup> ed.). St, Louis, MO: Elseiver-Mosby.
- Colliere, F. (1993). *Promover la vida*, (1<sup>a</sup> ed.) España, McGraw-Hill/ Interamericana.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2015). Panorama social de América Latina (CEPAL publicación LC/G.2691-P). Santiago de Chile.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2013). Migración y salud. Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos. México.
- Consejo Nacional de Población. (2012). Proyecciones de la población 2010-2050. (CONAPO). México. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2010). Encuesta nacional sobre

- discriminación en México (ENADIS) (2<sup>a</sup> ed.). México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). Última reforma publicada DOF 07-07-2014.
- Cuesta, B.C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y educación en enfermería*, 27(1), 96-102.
- Diario Oficial de La Federación. (1998). Título de concesión para la administración portuaria integral del recinto portuario de El Mezquital y de los demás puertos y terminales que se le asignen en el estado de Tamaulipas (DOF). México.
- Diener, E., Suh, E. M., Lukas, R. E., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Domenach, H., & Picouet, M. (1990). El carácter de reversibilidad en el estudio de la migración. *Notas de Población*, (49), 46-69.
- Duana, A., Gaona, R., & López, L. (2012). Migración y su impacto en el desarrollo local en México. *Observatorio de la Economía Latinoamericana* (No. 110). Recuperado en <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/mx/2009/ar1.htm>.
- Durán-Arenas, L., Salinas-Escudero, G., Granados-García, V., & Martínez-Valverde, S. (2012). La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria. *Gaceta Médica de México*, 148, 552-7.
- Durand, J. (2000). Origen es destino. Redes sociales, desarrollo histórico y escenarios contemporáneos. *Migración México-Estados Unidos: Opciones de política*, 249-262.
- Ellison, C.W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330.
- Enríquez, V., Mariaca, M., Retana, G., & Naranjo, P. (2006). Uso medicinal de la fauna silvestre en los altos de Chiapas, México. *Interciencia*, 31(7), 491-499.
- Erickson, E. H., & Veronese, M. A. (1998). *O Ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artemed.

- Estes, C., & Binney, E. (1989). The biomedicalización of aging: Dangers and dilemmas. *The Gerontologist*, 29(5), 587-96.
- Fernández, M. M. (2008). La familia en el contexto de los cuidados hospitalarios. una perspectiva desde la competencia cultural. *Cultura de los Cuidados*, 12(24), 53-58.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. En R. Díaz (presidencia). *Congreso sobre envejecimiento. La investigación en España*. Madrid.
- Ferrer, H. I., Borroto, Z. T., Sánchez, C., & Álvarez, V. J. (2001). La participación de la comunidad en salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 268-73.
- Flores-Cisneros, C., & Rodríguez-Salauz, A. (2010). Saberes de mujeres zapotecas serranas en el embarazo a principios del milenio. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(2), 109-16.
- Franco, D. A. (2010). El sistema médico entre los Mixes de la parte alta, ser humano, naturaleza, vida y muerte en reciprocidad. En R. González. (Ed.). *La Medicina social en México*: Alames.
- Frenk, J., & Gómez, D. (2007). La globalización y la nueva salud pública. *Salud Pública de México*, 49(2), 156-164.
- Fuente-Bacelis, T., Quevedo-Tejero, E., Jiménez-Sastré, A., & Zavala-González, M. A. (2010). Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(1), 1-4.
- Gálvez-Cano, M., Chávez-Jimeno, A., & Aliaga-Días, E. (2016). Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 321-327.
- Garay, S., Montes de Oca, V., & Guillén, J. (2014). Social support and social networks among the elderly in México. *Journal of Population Ageing*, 7(1), 143-149.
- Garay, V., & Román, M. (2016). Condiciones de vida de las personas mayores

beneficiarias del programa de apoyo al adulto mayor en Nuevo León.

*Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 11(22), 98-116.

García, B. A., & Jiménez, B. B. (2016). Envejecimiento y urbanización: implicaciones de dos procesos coincidentes. *Investigaciones Geográficas*, 89, 58-73.  
dx.doi.org/10.14350/rig.47362.

García, H. M., Arana, G. B., Cárdenas, B. L., & Monroy, R. A. (2009). Cuidados de la salud: Paradigma del personal de enfermeros en México-la reconstrucción del camino. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 286-96.

García, M. J. (2004). Unificación personal y experiencia cristiana: vivir y orar con la sabiduría del corazón (1ª ed. Vol. 122). Sal Terrae. ISBN 8429314016, 9788429314014.

Gascón, J. (2003). Enfermedades infecciosas y migración. *Microbiología Clínica*, 21(10), 535-9.

Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 185-88. Recuperado de <http://tcn.sagepub.com/content/13/3/185>.

Giménez, G. (2001). Cultura, territorio y migraciones. Aproximaciones teóricas. *Alteridades*, 11(22), 5-14.

Gómez, A. S., García, V. V., & Estrada, M. M. (2005). La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. *Estudios sociales*, 13(25), 8-34.

González, P., Barraza, M., Gutiérrez, C., & Vargas, A. (2006). Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud (2ª ed.). México. Fundación Mexicana para la Salud. Madrid: España.

Grupo de Trabajo de la Fundación Mexicana de Salud. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 55(número especial), 3-64.



- Guber, R. (2011). *La Etnografía: método y campo de reflexión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Gutiérrez, E., & Ríos, P. (2006). Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico. *Última Década*, 14(25), 11-41.
- Gutiérrez, L. M. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población*, 5(19), 125-147.
- Ham, R. (1998). Implicaciones del envejecimiento en la planeación del bienestar. *Papeles de Población*, 4(17), 31-38.
- Hamui, S. L., Fuentes, G. R., Aguirre, H. R., & Ramírez, R. O. (2013). Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México. Un estudio de satisfacción con la atención médica. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>
- Hernández-Girón, C., Orozco-Núñez, E., & Arredondo-López, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Salud Pública de México*, 14(2), 315-24.
- Horbath, J. E.; & Gracia, A. (2010). Los desafíos del envejecimiento poblacional para las políticas públicas en México. *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*, 5(2), 139-59.
- Huenchuan, N. S., & Rodríguez, V. R. (2014). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la ciudad de México. Diagnóstico y lineamientos de política*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Huenchuan, S. (2013). Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. *La hora de avanzar hacia la igualdad* (LC/G.2553-P). Santiago de Chile: CEPAL.
- Hurtado-Saa, T., Rosas-Vargas, R., & Valdés-Cobos, A. (2013). Servicios de salud, discriminación y condición étnica/racial: un estudio de caso de la problemática

- en México y Colombia. *Ra Ximhai*, 9(1), 135-151. Recuperado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46127074012>.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2015). Ley del Seguro Social. México, DF: (DOF 12-11-2015) (IMSS). Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2005). Los adultos mayores en México: *Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI* (5ª ed.). Recuperado de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad social (ENESS). Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825216764>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Población, y vivienda*. Recuperado de: [www.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx](http://www.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo cifras durante el primer trimestre de 2016 (209/16). Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2010). *Por una cultura del envejecimiento*. Recuperado de <http://www.inapam.gob.mx>.
- Instituto Nacional de Migración (INM). (2011). Diagnóstico del instituto nacional de migración. Hacia un sistema de rendición de cuentas en pro de los derechos de personas migrantes en México (Ed.). México.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016. Recuperado de [http://ensanut.insp.mx/ensanut2016/descarga\\_bases.php#.Wr7gfojwbIU](http://ensanut.insp.mx/ensanut2016/descarga_bases.php#.Wr7gfojwbIU).
- Iyer, P., Taptich, B., Bernocchi-Losey, D. (2003). *Proceso y Diagnostico de Enfermería*. (3er. Ed). México: McGraw-Hill. Interamericana.
- Jiménez, O. Y., Núñez, M., & Coto, V. E. (2013). La actividad física para el adulto

- mayor en el medio natural. *Intersedes*, 16(27), 168-181.
- Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Salgado, S. N., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M.G., & Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: Adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), 284–90.
- Kaztman, R. (2000). *Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social*. En: Documentos de Trabajo del IPES (No. 2, LC/R.2026). Universidad Católica de Uruguay, Montevideo.
- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M. .... Chertorivski, S. (2013). Hacia una cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública de México*. 55(2):207-35.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International journal of epidemiology*, 30(4), 668-677.
- Labiano, L. M., & Brusasca, C. (2002). Tratamientos psicológicos en la hipertensión arterial. *Interdisciplinaria*. Recuperado de <http://awwww.redalyc.org/articulo.oa?id=18011328004>.
- Lammoglia, E. (2007). *Ancianidad ¿Camino sin retorno? México: un país violento con sus viejos*. México: Grijalvo.
- Lanza, E. G., Ortiz, P. M., & Carbajal, P. J. (2013). Diferenciación hidrogeomorfológica de los ambientes costeros del Pacífico del Golfo de México y del Mar Caribe. *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía, UNAM*, (81), 33-50.
- Leininger, M (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. Theoretical: Transcultural care. New York NY: John Wiley and Sons.
- Leininger, M. (1998). *Enfermería transcultural: Enseñanza, práctica e investigación*. Ed. Colegio de Enfermería de la Universidad de Utah. USA.

- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practice. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 189-192.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2006). Culture care diversity and universality. A worldwide nursing theory (2<sup>a</sup> ed.). Canada: Jones Publisher
- León, B. E. (2004). Espacios de vinculo y espacios de movilidad: La reversibilidad en las etapas de las corrientes migratorias. *Congreso de Asociación Latino América de Población*, Realizado en Caxambú-MG. Brazil.
- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life: What really matters? *Ageing and Society*, 26(2), 225-242.  
doi:10.1017/S0144686X05004538.
- Llor, C. (2014). Medicamentos que matan y crimen organizado. *Atención Primaria*, 46(4), 176-178. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.001>.
- López, H. J., & Méndez, T. (2006). La cosmovisión indígena Tzotzil y Tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. *Ra Ximhai*, 2(001), 15-26.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto., Márquez-González, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 501-22.
- Lozano-Poveda, D. (2011). Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 89-100. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145222559006>> ISSN 0124-2059.
- Malinowski, B. (1973). *Argonauts of the Western Pacific*. En Antonio J. Desmonts (62<sup>a</sup> ed.). Barcelona, España: Aribau.
- Manrique-Espinoza, D., Salinas-Rodríguez, M., Moreno-Tamayo, I., Acosta-Castillo, M., Sosa-Ortíz, D., Gutiérrez-Robledo, D., & Téllez-Rojo, D. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 55(2), 323-331.

- Marroni, M. A. (2004). Siendo enfermera de los indios. Relato de la experiencia sobre el cuidado del indio en el sur de Brasil. *Enfermería Global*, 5, 2-7. ISSN 1695-6141. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal>.
- Martínez, M. R., Morgante, M. G., & Remorini, C. (2010). Etnografía, curso vital y envejecimiento. Aportes para una revisión de categorías y modelos. *Perspectivas en Psicología*, 13, 33-52.
- Mateu, G. M., Panisello, C. M., Lasaga, H. M., & Bonfill, A. E. (2007). Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 18(1), 30-33.
- Melguizo, H. E., & Alzate-Posada, M. L. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*, 26(1), 61-72.
- Mella, R., González, L., D'Appolonia, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyke*, 13(1), 79-89. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000100007>.
- Mendoza, E., & Calvo, C. (2010). *Bromatología: Composición y propiedades de los alimentos*. México: McGraw-Hill. ISBN: 9786071503794.
- Mendoza, G. B. (2010). *La Medicina social en México III. Pueblos Originarios, interculturalidad y salud* (pp. 43-54). México: Alames.
- Micolta, L. A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. *Trabajo Social*, (7), 56-76.
- Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (parte I). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41(1), 55-63.
- Miralles, I. (2010). Envejecimiento productivo: La contribución de las personas mayores desde la cotidianidad. *Trabajo y Sociedad*, 15(16), 137-161.
- Moreno, F. J., & Ordoño, E. M. (2009). Aprendizaje motor y síndrome general de adaptación. *European Journal of Human Movement*, (22), 1-19.
- Moreno, G. A. (2005). Incidencia de la actividad física en el adulto mayor. *Revista*

*Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del deporte*, 5(20), 222-236.

- Moreno, L. C. (2011). Salud-enfermedad y cuerpo-mente en la medicina ayurvédica de la India y en la biomedicina contemporánea. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (3), 91-121.
- Moreno, P. N., Vera, R.M., & Landeros, P. M. (2010). Enfermería transcultural en el cuidado del adulto mayor. *Desarrollo Científico Enfermería*, 18(1), 34-37.
- Muñoz, O., Durán, L., Garduño, J., & Hermán, S. (2003). Economía de la Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.
- Murillo-Campos, E., & Ureña-Bonilla, P. (2015). Personas adultas mayores como líderes transformadores de la subcultura del centro diurno por medio de la actividad física. *Educare*, 20(1), 1-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194143011016>.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA-2012. (2013). Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. DOF: 22/01/2013.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2012). FAO: El estado mundial de la agricultura y la alimentación (pp.1-63). Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/017/i3028s/i3028s.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). Programa envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014a). Envejecer bien una prioridad mundial. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014b). Estadísticas sanitarias: Una mina de información de salud. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112817/WHO\\_HIS\\_HSI\\_14.1\\_sp](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112817/WHO_HIS_HSI_14.1_sp)

a.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político.

*Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2):74-105.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1982). Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada.

(Documento Oficial N° 179). Washintong, DC. Recuperado de

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe>.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491>.

Ortiz, P. M., & Méndez, L. P. (2000). Vulnerabilidad al ascenso del nivel del mar y sus implicaciones en las costas bajas del Golfo de México y Mar Caribe. *Instituto de Geografía, UNAM*, 68, 68-81.

Ortiz, S. P., Méndez, S. F., Varela, P. L., & Pamo, R. O. (2007). Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina de un hospital general. *Revista Médica Herediana*, 18(1), 4-9.

Palacio, V. C. (2015). La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cuestiones Teológicas*, 42(98), 459-81.

Pérez, J., & Brenes, G. (2006). Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 21(3), 625-61.

Pérez, P. S. (2009) Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana. Camaguey 2008. *Revista Cubana de Enfermería*, (25), 3-4.

Plan Nacional de Desarrollo. (2013-2018). Gobierno de México. Recuperado de <http://pnd.gon.mx>.

Plata, M. A. (2010). *Fundamentos de derecho administrativo*. Bogotá: Universidad

Externado de Colombia.

- Plaza, P. F., & Veiga, P. M. (2011). Visión de los pacientes musulmanes de la competencia en comunicación intercultural de los profesionales de enfermería que los cuidan: El proyecto. *Cultura de los Cuidados*, 15(31), 93-98.
- Portes, A. (2000). The two meanings of social capital. *Sociological Fórum*, 5(1), 1-12).
- Puentes-Rosas, E., Sesma, S., & Gómez-Dantés, O. (2015). Estimación de la población con seguro de salud en México mediante una encuesta nacional. *Salud Pública de México*, 47. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4685/5157>.
- Purnell, L. (1999). El Modelo de competencia cultural de Purnell: Descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados*, 3(6), 91-102.
- Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (1998). Transcultural health care: A culturally Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), (2007). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Toronto: Canada.
- Quintal, L. R., & Vera, G. L. (2014). Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diáda migración y VIH/SIDA entre mujeres mayas de Yucatán. *Estudios de cultura Maya XLVI*, 197-215. Recuperado de <http://www.elsevier.es> el 21/05/2016.
- Ramos, F. (2002). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque Revista Pedagógica*, 16, 83-104.
- Ramos, J., & Salinas, R. (2010). Vejez y apoyo social. *Revista de Educación y Desarrollo*, 15, 69-76.
- Ramos-Elourdy, B. J. (2009). ¿Los Insectos se Comen? Universidad Nacional Autónoma de México. ISBN 978-607-02-0782-2.
- Rebraca, S. (2007). Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos (6<sup>a</sup> ed.). En Olivia Núñez Fernández (Ed), Isabel Álvarez Baleriola (Eds.). España:



McGraw-Hill Interamericana.

- Regueiro, M., Mendy N., Cañas, M., Osvaldo, F., & Nagel, P. (2011). Uso de medicamentos en adultos mayores no institucionalizados. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(4), 643-47.
- Rendón-Von, O. J., Memije-Canepa, M., & Ek-Moo, N. (2006). Plaguicidas orgánicos persistentes en sedimentos de la Costa Sur de Campeche, México. *En Golfo de México Contaminación e impacto ambiental: Diagnostico y Tendencias*. México: EPOMEX.
- Rodríguez, R. N. (2011). Impacto de la espiritualidad en salud mental. Una propuesta de estrategia de atención comunitaria de salud mental en colaboración con grupos religiosos locales. *Psiquiatría Universitaria*, 7(2), 205-13.
- Rodríguez, S. B. (2000). *Proceso enfermero: aplicación actual* (2ª ed.). Guadalajara, México: Cuéllar.
- Roldan, D. G. (2012). Una aportación ignorada de la teoría neoclásica al estudio de la migración laboral. *Migración y Desarrollo*, 10(19), 61-91.
- Román, S., Ojeda-Granados, C., & Panduro, A. (2013). Genética y evolución de la alimentación de la población en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 21(1), 42-51.
- Ronzón-Hernández, Z., & Montoya-Arce, B. (2013). La seguridad entre la población envejecida del Estado de México: alcances y limitaciones de las políticas públicas. *Papeles de Población*, 77, 61-82.
- Rúa, P. J. (2013). Mística y espiritualidad deportiva. *Revista de Educación Física*, 2(2), 24-34.
- Rubio, C. (2010). Precariedad laboral en México: Una propuesta de medición integral. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, 8(13), 77-87.
- Ruiz, R. V., & Rivas, G. A. (2017). Las enfermedades crónicas y el gasto asegurado en Colombia. *Salud Pública de México*, 59(3), 210-11.

- Ruiz, S. D., Torralbo, O. E., Ortiz, M. M., Pino, A., & Artero, L. C. (2006). Sociedad actual e inmigración: el reto de la enfermería humanista. *Cuidado Cultural*, (20), 71-79.
- Salas-Cabrera, J. (2015). Estilos de vida saludables: un derecho fundamental en la vida del ser humano. *Revista latinoamericana de derechos humanos*, 26(2), 37-51. Recuperado de <http://www.revistas.una.ac.cr/drechoshumanos>.
- Salazar-González, B., Valdez-Esparza, G., Cruz-Quevedo, J., & Gallegos-Cabriales, E. (2009). Demandas atencionales, capacidad de dirigir la atención y desempeño físico en ancianos. *Index de Enfermería*, 18(2), 85-89.
- Salgado, S. N., González-Vázquez, T., Infante-Xibille, I., Márquez-Serrano, M., Pelcastre-Villafuerte, B., & Serván-Mori, E. (2010). Servicios de salud en la mixteca: Utilización y condición de afiliación en hogares migrantes y no migrantes a EU. *Salud Pública de México*, 52(5), 424-431.
- Salvarezza, L. (1991). Psicogeriatría. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez-González, D., & Egea-Jiménez, E. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de Población*, (59), 153-185.
- Sánchez-Herrera, B. (2009). Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichan*, 9(1), 8-22.
- Sanhueza, P. M., Castro, S. M., & Merino, E. J. (2005). Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 17-21.
- Schultz, T. W. (1960). Capital formation by education, *Journal of Political Economy*, 68(6), 571-583.
- Schumacher, G. (2010). Culture care meanings, beliefs, and practices in rural Dominican Republic. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(2), 93-103.
- Secretaría de Salud (SS) (n. d.). Dirección de medicina Tradicional y desarrollo intercultural. Recuperado de

- [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/sistemas\\_de\\_atencion.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/sistemas_de_atencion.pdf).
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México. Recuperado de [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx).
- Secretaría de Salud. (2013). Programa sectorial de salud 2013-2018. México. Recuperado de [www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx).
- Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383–1392. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038162/>.
- Sierra, L. L. (2014). La espiritualidad y el cuidado de enfermería. *Ciberrevista SEEUE*, 4(9). Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/265250086>.
- Soberanes, F. S., González, P. A., & Moreno, C. Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 161-72.
- Solorio, C. (Ed.). (2001). Principios de la seguridad social (Vol. 1). International Labour Organization.
- Spector, R. E., & Muñoz, M. J. (2002). *Las culturas de la salud*. Madrid: Pearson Educación.
- Susser, M., & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: eras and paradigms. *American Journal of Public Health*, 86, 668-73.
- Tabón, O. C., & García, O. C. (2004). *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo con comunidades*. Colombia: Universidad de Caldas.
- Tapia, M. J. (2015). Gestión de cartera y riesgo en la seguridad social latinoamericana: consecuencias del porvenir en el caso mexicano. Working Paper Series 2015: CISS. Recuperado de [www.ciss.net](http://www.ciss.net).
- Treviño-Siller, S., Pelcastre-Villafuerte, B., & Márquez-Serrano, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México*, 48(1), 30-38.

- Vázquez, P. F. (2001). La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 615-34.
- Vázquez, V. J. (2006). Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad. *Atención Primaria*, 37 (5):249-50.
- Vergara, Q. M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, (12), 41-50.
- Von-Potobsky, G., & Cruz, H. G. (1990). La Organización Internacional del Trabajo: *el sistema normativo internacional, los instrumentos sobre derechos humanos fundamentales*. Astrea.
- Welti-Chanes, C. (2012). Análisis de la fecundidad en México con los datos del censo de población y vivienda 2010. *Papeles de Población*, 18(73), 45-76.
- Wong, R., Espinoza, M., & Palloni, A. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: Salud y envejecimiento. *Salud Pública de México*, 49(4), 436-447.

## **Apéndices**

## Apéndice A

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA FAEN-UANL

Etnografía de Cuidados de Salud de Adultos Mayores Migrantes en El Mezquital,

Matamoros México

Cédula de datos demográficos

### 1.Datos Generales

1.Código de identificación: _____	Fecha de entrevista __/__/2016
Género: H____ M____ Edad _____	Lugar de la entrevista: _____
Fecha de nacimiento:  ____/____/____ dd/mm/año	Estado marital:  _____
Años de escolaridad: _____	Religión: _____
¿Cuántos años vivió en su lugar de origen?	
¿Cuántos años tiene viviendo en El Mezquital?	
Tipo de trabajo que realiza actualmente:	
Con quién vive Usted:	
Servicio de salud:	
Enfermedades:	
Descripción de la vivienda:	

## 2. Registro de Participantes

Número	Nombre	Delegación	Sexo	Edad	Entidad de origen
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

## 3. Calendarización y registro de visitas

	Núm. De Visita- Fecha	1	2	3	4	5	Total de horas	Observaciones
Núm.	Nombre							
1								
2								
3								
4								

## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

## FACULTAD DE ENFERMERÍA FAEN-UANL

Etnografía de Cuidados de Salud de Adultos Mayores Migrantes en El Mezquital,

Matamoros México

## Formato Diario de campo

DIA	1) Notas del lugar.	2) Notas personales	3) Notas metodológicas	4) notas teóricas)
1-				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				



## **Apéndice B**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA FAEN-UANL

Etnografía de Cuidados de Salud de Adultos Mayores Migrantes en El Mezquital,

Matamoros México

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Parte I. Información**

Yo soy MCE, Delia Ponce Martínez, estudiante de programa Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Estoy llevando a cabo un estudio sobre el cuidado de salud adultos mayores migrantes.

Le voy a dar información e invitarle a participar en el estudio. Antes de decidir si lo desea, puede platicarlo con su familia. Si tiene preguntas me puede preguntar.

El estudio se interesa por conocer cómo ven la salud los adultos mayores migrantes y qué prácticas de cuidado llevan a cabo.

Se llevará a cabo una o dos entrevistas un poco largas, entre una y dos horas. Su participación es voluntaria. Usted puede negarse a participar. Si escoge entrar o rechazar participar en el estudio, todos los servicios que usted recibe en la comunidad continuarán igual. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando ya haya aceptado antes.

La investigación durará cuatro meses en total. Durante ese tiempo, será necesario que me reciba en su domicilio, por espacio de 2 horas aproximadamente cada día hasta que ya no tenga nada más que contarme.

Esto no tiene riesgo para usted. Puede que no haya beneficio tampoco, pero la información que usted me dé, puede dar ideas para programas de salud para personas

como usted. Es importante aclararle que no recibirá pago por participar en el estudio.

La información que usted me dé quedará entre nosotros. La información se dará a conocer en forma general.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de ética de la UANL, el representante de la secretaria de salud y el representante de la comunidad, cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte [doctorado@.faen.uanl.mx]

## Parte II. Consentimiento Informado

He sido invitado a participar en el estudio aproximación al cuidado cultural de adultos mayores migrantes. Entiendo que seré entrevistado al menos en dos ocasiones. He sido informado de los riesgos y beneficios. Sé que no se me recompensará. Se me ha proporcionado un número de teléfono en caso de que tenga dudas sobre el estudio. He leído o me ha sido leída la información. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han contestado. Acepto voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del mismo en cualquier momento sin que me afecte en mi servicio o cuidado médico.

Nombre del Participante\_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

## Si es analfabeto

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debiera

seleccionarse por el participante y no debiera tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos debieran incluir su huella dactilar también. He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo \_\_\_\_\_ Huella dactilar del participante

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

He leído con cuidado o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado dpm.

(Iniciales del investigador/asistente).

## Apéndice C

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA FAEN-UANL

Etnografía de Cuidados de Salud de Adultos Mayores Migrantes en El Mezquital,

Matamoros México

Aprobación de Comité de Ética e Investigación



UANL



FAEN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

No. Registro: **FAEN-D-1211**

### ACTA DE COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

#### “APROXIMACIÓN A LOS CUIDADOS CULTURALES DE ADULTOS MAYORES MIGRANTES EN LA FRONTERA NORESTE DE MÉXICO”

ESTUDIANTE: **MCE. DELIA PONCE MARTÍNEZ**

DIRECTOR DE TESIS: **BERTHA CECILIA SALAZAR GONZÁLEZ, PhD.**

El Comité de Ética en Investigación con registro en la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) No. 19CEI02420141127, luego de revisar su trabajo de investigación decide **APROBARLO** en el entendido que se cumplan con las siguientes observaciones:

1. Aclarar como valorara a los adultos que puedan comunicarse, orientados en tiempo, lugar y persona. Es necesario aclararlo y en caso de no cumplir con alguno de estos criterios como se abordará.
2. Menciona que utilizara diario de campo. En caso de grabar la entrevista debe aclararlo en consentimiento informado.
3. En consentimiento informado incluir teléfonos de la oficina de investigación ya que coloca correo electrónico e posible que esta población no tenga todos acceso a este medio.

**Una vez que reciba esta acta, asegúrese de realizar las observaciones bajo la supervisión de su director de tesis, previo a la recolección de datos de la prueba piloto.**



Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460  
Monterrey, Nuevo León, México  
Tel. 83481010 8333 41 90 exts. 104 y 107 / Fax: 83 48 11 07



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

FAEN



No Registro: FAEN-D-1211


Atentamente  
"Alere Flammam Veritatis"


Monterrey Nuevo León, 08 de Diciembre de 2015

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

  
RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES. PhD.  
Presidente

  
ME. CARMELITA PEDRAZA LOREDO  
Secretario

  
DRA. BERTHA ALICIA ALONSO CASTILLO  
Vocal


  
DR. FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO  
Vocal

  
DRA. SOFÍA GUADALUPE MEDINA ORTIZ  
Vocal

  
DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA  
Vocal

  
DR. MILTON CARLOS QUEVARA VALTIER  
Vocal

  
DR. SALVADOR VALDOVINOS CHÁVEZ  
Vocal

  
LIC. MARÍA DALILA OBREGÓN ALEJO  
Vocal



Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460  
Monterrey, Nuevo León, México  
Tel: 83481010 8333 41 90 exts. 104 y 107 / Fax: 83 48 11 07

## Apéndice D

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA FAEN-UANL

Etnografía de Cuidados de Salud de Adultos Mayores Migrantes en El Mezquital,

Matamoros México

Oficio solicitud y de Autorización


**UANL**

**FAEN**

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN • FACULTAD DE ENFERMERÍA • Secretaría de Investigación
SI-214/2016

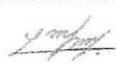
**DR. GERARDO GARCÍA SALINAS**  
 Jefe Jurisdiccional  
 Secretaría de Salud. Jurisdicción 3  
 Matamoros, Tamaulipas  
 Presente.-


**At n: JOSE LUIS ROBLES LÓPEZ**  
 Coordinador de Servicios de Salud

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera mas atenta su autorización para que la estudiante **M.C.E. DELIA PONCE MARTINEZ**, quien cursa el Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos para la prueba piloto de su estudio de tesis titulado, "Etnografía de los Cuidados al Adulto Mayor en el Mezquital Matamoros México". De ser favorecida con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos. 1) Entrevista abierta y observación del participante, a Adultos Mayores de 60 años de edad de la Comunidad; El Mezquital se localiza en el Municipio Matamoros Estado de Tamaulipas México y asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad el día 30 de Noviembre de 2015. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D-1211**.


Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi mas atenta y distinguida consideración.

Atentamente.  
 "Alere Flamman Veritatis"  
 Monterrey Nuevo León. 27 de Abril de 2016

  
**DRA. MARIA GUADALUPE MORENO MONSIVAIS**  
 Secretaria de Salud  
 Jurisdicción Sanitaria No. 6  
 Dirección Jurisdiccional



Archivado  
2020  
UANL





SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

Ave. Concordia No. 1500 Int. C.P. 64460  
 Monterrey, Nuevo León, México  
 Tel. 833-1234

## **Resumen Autobiográfico**

Delia Ponce Martínez

Candidato para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: Etnografía de cuidados de salud de adultos mayores migrantes en El Mezquital, Matamoros México.

LGAC: Cuidado a la salud en: a) riesgo de desarrollar estados crónicos y b) en grupos vulnerables.

Biografía: Delia Ponce Martínez, nació en Cerro Azul, Ver. El 21 de noviembre de 1970; hija del Sr. Dionicio Ponce Román y la Sra. Maurilia Martínez Juanillo.

Educación: Realizo sus estudios de Licenciado en Enfermería 1989-1994 en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas y obtuvo el grado de Maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Becario del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP), para realizar estudios de Doctorado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Experiencia Profesional: Profesor de la Facultad de Enfermería de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Integrante del cuerpo académico Promoción de la salud y estilos de vida saludable. Enfermera especialista en cuidados intensivos en el Hospital General Dr. Alfredo Pumarejo L. Miembro activo del colegio de enfermeras(os) de la cd. de H Matamoros. Tamaulipas. A. C.

E-mail: delia\_ponce\_mtz@hotmail.com